

FECHA: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

NOMBRE DE PACIENTE: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

EDAD: \_\_\_\_\_ SEXO: M F

DIRECCION: \_\_\_\_\_ CIUDAD/ESTADO: \_\_\_\_\_ CODIGO POSTAL: \_\_\_\_\_

TELEFONO DE CASA#: (\_\_\_) \_\_\_-\_\_\_ TELEFONO DE CELLULAR#: (\_\_\_) \_\_\_-\_\_\_

COREO ELECTRONICO- \_\_\_\_\_

NUMERO DE SEGURO SOCIAL: \_\_\_\_\_

DOCTOR DE CABESERA: \_\_\_\_\_

NUMERO DE TELEFONO DEL DOCTOR/DIRECCION DEL DOCTOR:

\_\_\_\_\_

IDIOMA PRIMARIO: \_\_\_\_\_ ETNICIDA: \_\_\_\_\_

FARMACIA: \_\_\_\_\_ LOCACION: \_\_\_\_\_ TELEFONO #: (\_\_\_) \_\_\_-\_\_\_

### **INFORMACION DE SEGURO MEDICO**

NOMBRE DEL ASEGURADO: \_\_\_\_\_ NOMBRE DE TRABAJO \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL SEGURO MEDICO: \_\_\_\_\_

DIRECCION: \_\_\_\_\_ CIUDAD/ESTADO: \_\_\_\_\_ CODIGO POSTAL: \_\_\_\_\_

NUMERO DEL CONTRACTO \_\_\_\_\_ NUMERO DEL GRUPO \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL SEGURO MEDICO SECUNDARIO: \_\_\_\_\_

DIRECCION: \_\_\_\_\_ CIUDAD/ESTADO: \_\_\_\_\_ CODIGO POSTAL: \_\_\_\_\_

NUMERO DEL CONTRACTO \_\_\_\_\_ NUMERO DEL GRUPO \_\_\_\_\_

### **INFOMACION DEL PACIENTE**

ALERGIAS: [ ] NINGUNAS CONOSIDAS

[ ] ALERGIAS A ALGUN MEDICAMENTO:

CODEINA ANTICOAGULANTES DEMEROL SULFA ASPIRINA YODO PENICILINA

OTRAS: \_\_\_\_\_

[ ] ALERGIAS A ANESTESIA \_\_\_\_\_

[ ] ALERGIAS A COMIDA \_\_\_\_\_

OTRAS \_\_\_\_\_

**LISTE POR FAVOR TODAS LAS MEDICINAS QUE USTED TOMA ACTUALMENTE (INCLUSIVE PRESCRIPCIONES, SOBRE LAS MEDICACIONES CONTRARIAS Y SUPLEMENTOS DE HIERBAS):**

NOMBRE	DOSIS	FRECUENCIA
--------	-------	------------

-----  
-----  
-----

PODEMOS DEJAR LOS MENSAJES EN CUALQUIERA DE LO ANTES MENCIONADO NUMEROS? SI  NO

NOMBRE DE CONTACTO DE EMERGENCIA: \_\_\_\_\_

RELACION: \_\_\_\_\_ TELEFONO: \_\_\_\_\_

USTED A TENIDO ALGUNAVES LO SIGUIENTE? (POR FAVOR MARQUE)

DISORDEN DE SANGRE       CANCER       PROBLEMAS DE IGADO  PRECCION BAJA

DOLOR EN LOS TOBILLOS       DIABETIS       PIES DE ATLETA       DESMALLLOS

ULCERAS EN EL STOMAGO       FIBROMIALGIA       MIGRAINAS       ANEMIA

DOLOR EN LOS TALONOS       PRECCION ALTA       GOUT       ARTRITIS

PROBLEMAS DE LA TIROIDE       INFARTO       NEUROPATIA       ASMA

PROBLEMAS DE LA ESPALDA       UNAS ENTERADAS       PIES PLANOS       TUBERCULOSIS

ENFERMEDADES DEL CORAZON  HEPATITIS       DEPRECCION       OSTIOPOROSIS

PROBLEMAS DE ATAQUES       VIH/SIDA       DOLOR EN EL PECHO  PROBLEMAS VENERIOS

PROBLEMAS DEL CORAZON       FIEBRE REUMATICA       PIES HINCHADOS       PROBLEMAS DEL RINON

PORFAVOR PONGA TODAS CIRUGIAS:

TIPO DE CIRUGIA

FECHA

---

---

HISTORIA SOCIAL:

USO DE TABACCO:  NUNCA  FUMADOR  AVECES  SIEMPRE

DEPENDENCIA AL ALCOL:  SI  NO

TAMANO DE ZAPATO: \_\_\_\_\_ PESO: \_\_\_\_\_ ALTURA: \_\_\_\_\_

Yo certifico que la infomaccion escrita es verdad y corecta en mi mayor conosimiento. Yo reconosco que fui ofresido una copia de notificacion de privasidad y que entiendo la polisa. Yo doy mi permiso al doctor para administrar y hacer procedimientos necesitados y o tratamiento a mi o mi hijos condicion. Como representante se mi o mi guardian, yo doy autorizacion para la personal mencionada en la infomaccion dada para que el doctor Mitchell Wachtel DPM resiba la atencion necesitada..

Firma escrita del paciente: \_\_\_\_\_

Firma del representante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_