

CENTRAL IOWA PODIATRY

Newton Foot and Ankle Clinic • Pella Foot and Ankle Clinic • The Foot Doctor of Marshalltown

Nombre _____ Segundo Nombre _____ Apellido _____ Sexo: M F

Número de Seguro _____ Fecha de Nacimiento _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Número de casa _____ Número de Celular _____

Correo electronico _____

Contacto de Emergencia _____ Número de Emergencia _____

Doctor Familiar _____ Doctor de Referencia _____

Raza/Grupo Etnico

- Indio Americano
- Natvivo de Alaska
- Asiatico
- Negro - Africano Americano
- Nativo de Hawai/Islands del Pacifico
- Blanco
- Hispano o Latino

Prefrencia de Idioma

- Ingles
- Español
- Otro _____

Empleo que desemyoeña

- Tiempo Completo
- Medio Tiempo
- Desempleado
- Retirado
- Estudiante

Nombre del Empleador: _____

Numero telefonico del Empleador

Estado Civil

- Casado
- Soltero
- Viudo/Viuda
- Divorciado/Divorciada
- Menor de Edad

Si el paciente es Menor de edad:

Nombre del tutor: _____
Fecha de Nacimiento del tutor: _____

Autorizaciones

Responsabilidad de Pago: Entiendo que soy responsable de pagar todo costo de los servicios proveidos por Newton Foot & Ankle Clinic, Pella Foot & Ankle Clinic , o The Foot Doctor Marshalltown, que no son cuviertos por la Aseguransa o establecimiento legal.

Auorizacion de Información: Autoriso toda la informacion requerida en el tralletco del tratamiento y exámenes y proceso de reclamo.

Autorizaciaon de Pago de Beneficios: Autoriso todo pago para la Newton Foot & Ankle Clinic, Pella Foot & Ankle Clinic, o The Foot Doctor Marshalltown por toda las intervenciones tratamiento o beneficios medicos.

Autorizacion de Cuidados Medicos (Medicar): Autoriso todo informacion necesario para el proceso de reclamo y cuestionario de pago de Medicare beneficios, personal mente, o por parte de quien asepta mis asignamientos en el recibo de cobro de Medicare.

Firma del padre/Tutor Legal: _____

Fecha: _____

Reconocimiento de Recibo de Notificación de Practicas Privadas

Tengo reconcimiento que recibí una copia de la notificación de parcticas privadas que he leído o (tenia la oportunidad de leerlo si decido) y entendí la notificación.

Nombre de Paciente (Impreso): _____

Fecha: _____

Firma del Paciente o Tutor Legal: _____

Nombre: _____

Fecha: _____

Alergia a Medicamentos: _____

No Alergias

Toma Algun Medicamento:

No estoy tomando Medicamento

- 1. _____
- 2. _____
- 3. _____
- 4. _____
- 5. _____

- 6. _____
- 7. _____
- 9. _____
- 9. _____
- 10. _____

Historial Medico: (marque todo lo que corresponde)

- Sida
- Asma
- Cancer
- Enfermedad Cronica del corazon
- Insuficiencia cardiaco congestiva
- Diabetis
- La Trombosis venosa profunda
- Gota
- Hepatitis
- Alta Cholesterol
- Alta presion
- Problemas de riñones
- Soplo en el corazon
- Paro Cavdiaco
- Marca paso del corazon
- Enfermedad de Parkinsons
- Convulsiones
- Ataque del Corazon
- Otra: _____
- Otra: _____

Cirugías Anteriores:

ESTATURA: _____

TEMP: _____

PESO: _____

BP: _____

TALLA DE ZAPATO: _____

PULSE: _____

Historia Social:

- Usted Toma: No Toma
- Usted Toma Cafe: No
- Hace enjercicio: No
- Usted Fuma: No Fuma
- Pasivo
- 1-2/dias
- Lijero
- Fumador Retirado
- Moderado
- 3-5/dias
- Seguido
- Fuma Lijero
- Impulsivo
- 6-9/dias
- Fuma Impulsivo
- 9+/dias

Chequeo de Sistema

Constitucional:

- escalofríos
- dolor de cabeza
- perdida de apetito
- trauma mayor
- sudor de noche
- sediento
- aumento de peso
- perdida de peso
- vomito

Cardiovascular:

- inflamacion de tobillo
- dolor de pecho
- pies frios
- calambres
- soplo en el corazon
- marca paso del corazon
- dificultad para respirar
- venas varicosas
- alta presion

Endocrine:

- azúcar alta
- azúcar baja
- dificultad paro sanar
- piel seca

Sistema Indumentario:

- pies de atleta
- ampollas
- sensación ardor de piel
- dermatitis
- comeson en la piel
- ronchas
- ulseras

Esqueleto Muscular:

- dolor de espalda
- dificultad para caminar
- dolor de pie
- dolor de talon
- rojo en la conjunturas
- enduresamiento
- debilidad

Neurologia:

- quemadura
- piel sencible
- insensibilidad
- paralisis
- convulsiones
- sensacion o hormigeo
- movimiento sin control

Historia Familiar

- | | | | | | | | | | |
|---|---|---|------|------|--|---|---|------|------|
| <input type="checkbox"/> Cancer | M | P | Hmna | Hmno | <input type="checkbox"/> Soplo en El Corazon | M | P | Hmna | Hmno |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad del Corazon | M | P | Hmna | Hmno | <input type="checkbox"/> Alta Cholesterol | M | P | Hmna | Hmno |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | M | P | Hmna | Hmno | <input type="checkbox"/> Alta Presion | M | P | Hmna | Hmno |
| <input type="checkbox"/> Insuficiencia Renal | M | P | Hmna | Hmno | <input type="checkbox"/> Ataque del Corazon | M | P | Hmna | Hmno |
| <input type="checkbox"/> Otra: _____ | | | | | <input type="checkbox"/> Otra: _____ | | | | |