

Central Iowa Podiatry

Newton Foot & Ankle Clinic – The Foot Doctor of Marshalltown – Pella Foot & Ankle Clinic

¿Como te enteraste de Nosotros? Periódico Páginas Amarillas Internet Amigo/a/Familia Proveedor

Nombre Completo del paciente : _____ Fecha de Nacimiento _____

Numero de Seguro : _____ Género: Masculino / Femenino

Dirección _____

Número de Telefono de Casa: _____ Numero de Celular: _____

Raza/Grupo Etnico: Blanco Hispano/Latino Indio Americano/Nativo de Alaska Africano Americano Asiatico Islas del Pacifico

Preferencia de Idioma: Ingles Español Otro: _____ Estado Civil: Casado Soltero Divorciado/a Viudo/a

Si el paciente es Menor de edad, Nombre del tutor: _____

Fecha de Nacimiento del tutor: _____ Correo Electronico: _____

Contacto de Emergencia Nombre/Numero: _____

Empleador: _____ Numero del Empleador: _____

Doctor Familiar: _____ Doctor de Referencia: _____

¿Podemos dejar información Médica (recordatorio de cita, resultados de laboratorio, cobertura del seguro) en el contestador automático de tu casa, correo de voz o con un miembro de la familia? Si No

Autorizaciones Y Politicas – Por Favor Revise Nuestras Politicas y Firme Debajo

Responsabilidad de pago: Entiendo que los deducibles, co-pagos y co-seguros deben pagarse al momento de los servicios, y son solo una estimación de los cargos y es posible que se apliquen otros cargos. Entiendo que soy personalmente responsable de cualquier cargo incurrido por los servicios prestados por Central Iowa Podiatry que no estén cubiertos por un Seguro o un acuerdo legal. Entiendo que debo pagarlos (90 días) y que puedo comunicarme con el departamento de cargo para hacer arreglos de pago si no manera oportuna. Soy responsable de pagar cualquier interés sobre los cargo incurridos por la agencia de cobranza a mi saldo. Si el paciente es menor de edad responsabilidad del pago recae en el padre o tutor. Es mi responsabilidad notificar al podólogo del Central Iowa Podiatry por todos los beneficios médicoquirurgicos de mi compañía de seguros.

Cancelaciones/Cita Perdida: Podó logo del Central Iowa require un aviso de 24 horas de cualquier cambio en su cita aunque entendemos que esto no es posible en todas las situaciones. Sin Embargo, si no se presente a tres cita o mas sin notificarnos o el mismo día de la cita, es posible que le demos de alta de nuestro cuidado. Por favor ve a su cita aun si está empezando a sentirse mejor.

Autorización para liberar Información: Entiendo que mis cargos se enviarán a mi compañía de seguros para sup ago y autorizo liberar de cualquier o toda la informacion necesaria durante mi examen o tratamiento para procesar el reclamo.

Reconocimiento de las Practicas de Privacidad: Reconozco que tengo derecho de recibir una copia de la notificacion de practicas privadas que he leído o (tenia la oportunidad de leerlo si decido) y entendi la notificación.

Firma del Paciente o Tutor Legal: _____ Fecha: _____

Historial Médico

Nombre: _____ Pharmacia: _____

Cirugías Anteriores:

1. _____ 2. _____
 3. _____ 4. _____
 5. _____ 6. _____
 7. _____ 8. _____
 9. _____ 10. _____

Alergias

1. _____ 2. _____
 3. _____ 4. _____
 5. _____ 6. _____
 7. _____ 8. _____
 9. _____ 10. _____

Historial Medico: (marque todo lo que corresponda)

Sida Alta Presion
 Asma Problemas de riñones
 Cancer Soplo En El Corazon
 Paro Cavdiaco Enfermedad Cronica del Corazon
 Diabetis Insuficiencia Cardíaco Congestiva
 Gota Enfermedad de Parkinsons
 Convulsiones La Trombosis Venosa Profunda
 Ataque del Corazon Hepatitis
 Alta Cholesterol Otra: _____
 Otra: _____

Toma Algun Medicamento:

1. _____ 2. _____
 3. _____ 4. _____
 5. _____ 6. _____
 7. _____ 8. _____
 9. _____ 10. _____
 11. _____ 12. _____
 13. _____ 14. _____
 15. _____ 16. _____
 17. _____ 18. _____
 19. _____ 20. _____

Historia Social: (Marque todo lo que corresponda)

Usted Toma: No Toma Pasivo Moderado Impulsivo
 Usted Toma Care: No 1-2/dias 3-5/dias 6+/dias
 Hace enjercício: No Lijero Seguido
 Usted Fuma: No fuma Fumador Retirado Fuma Lijero Fuma Impulsivo

Estatura: _____

Peso: _____

Chequeo de Sistema – (Marque todo lo que corresponda)

Constitutional:

Escalofrios
 Fiebre
 Náusea
 Debilidad
 Fatiga

Cardiovascular:

Dificultad para Respirar
 Dolor de Pecho
 Soplo en El Corazon
 Pie Frios
 Venas Varicosas

Endocrine:

Hipotiroidismo
 Hipertiroidismo
 Temperatura Desequilibrio

GI:

Reflujo
 Diarrea
 Estrenimiento

Hematologic:

Anemia
 Monetones
 Sangrado

Esqueleto Muscular:

Dolor de espalda
 Dificultad Para Caminar
 Dolor de pie
 Dolor de talon
 Rojo en la Conjunturas
 Enduresamiento
 Debilidad

Integumentary:

Pies de Atleta
 Ampollas
 Dermatitis
 Ronchas
 Cicatriz Hipertrofica

Neurological:

Quemadura
 Piel Sencible
 Insensibilidad
 Paralisis
 Convulsiones
 Sensacion o hormiego
 Movimiento sin control

Alergias:

Nariz que moquea
 Picazon en la piel
 Urticaria

Respiratoria:

Jadear
 Tos

Historia Familiar (marque todo lo que corresponda)

Cancer	M	P	Hmna	Hmno	Soplo En El Corazon	M	P	Hmna	Hmno
Enfermedad del Corazon	M	P	Hmna	Hmno	Alta Cholesterol	M	P	Hmna	Hmno
Diabetes	M	P	Hmna	Hmno	Ala Presion	M	P	Hmna	Hmno
Insuficiencia Renal	M	P	Hmna	Hmno	Ataque del Corazon	M	P	Hmna	Hmno

Queja Principal:

Historial del la Herida o Traumatismos en el área:

Duración of Sintomas:

Tratamientos Intentados:

En el diagrama a continuación, indique donde está experimentando dolor o otros sintomas. Utilice lo siguiente para describir sus sintomas.

D = Doloridayo

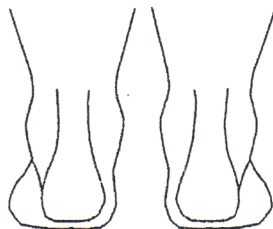
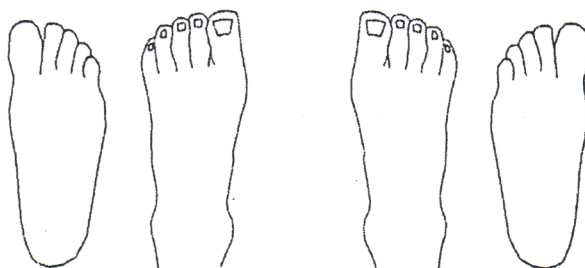
A= Ardeinte

E= Entumecimiento

H= Hormingueo

P= Puñalada

O= Otro



Pie Izquierdo/a

Pie Derecho