

Kim Foot and Ankle Centers

POR FAVOR IMPRIMIR

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Apellido _____	Primero Nombre _____	MI _____	DOB ____/____/____	EDAD ____
DIRECCIÓN _____	APT _____	CIUDAD _____	ESTADO _____	ZIP _____
TELÉFONO DE CASA # _____	TELÉFONO DE CELL # _____	TELÉFONO DE TRABAJO # _____		
***** CIRCELA QUÉ NÚMERO PREFIERE UTILIZAR PARA LLAMADAS DE RECORDATORIO *****				
SEXO M F	ESTADO CIVIL _____	LICENCIA DE CONDUCIR # _____	SEGURIDAD SOCIAL # ____-____-____	
NOMBRE/DIRECCIÓN DEL EMPLEADOR _____			OCUPACIÓN _____	
CONTACTO DE EMERGENCIA _____		TELÉFONO # _____	RELACIÓN CON EL PACIENTE _____	
CORREO ELECTRÓNICO _____		IDIOMA PREFERIDO _____	INGLÉS _____	ESPAÑOL _____ OTRO _____
ÉTNICO _____ NATIVO AMERICANO _____		AFROAMERICANO _____	ASIÁTICO _____	CAUCÁSICO _____ HISPANO _____ OTRO _____
FARMACIA _____		TELÉFONO # _____		

COMPLETE ESTA SECCIÓN SOLO SI EL PACIENTE ES MENOR DE EDAD

NOMBRE DEL RESPONSABLE _____	RELACIÓN CON EL PACIENTE _____
DIRECCIÓN _____	CIUDAD _____ ESTADO _____ ZIP _____
TELÉFONO DE CASA # _____	TELÉFONO DE CELL # _____ TELÉFONO DE TRABAJO # _____

FUENTE DE REFERENCIA

____ FAMILIA/AMIGO	____ LISTA DE PROVEEDORES DE SEGUROS	____ BUSQUEDA DE INTERNET	____ MÉDICO	____ OTRO
DOCTOR _____	TELÉFONO # _____			
TELÉFONO DE CASA # _____	TELÉFONO DE CELL # _____	TELÉFONO DE TRABAJO # _____		

INFORMACIÓN MÉDICO

MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMERO _____	TELÉFONO # _____	FECHA VISTO POR ÚLTIMA VEZ ____/____/____
DIRECCIÓN _____	CIUDAD _____	ESTADO _____ ZIP _____

INDICA CUALQUIER CIRUGÍA Y/U HOSPITALIZACIÓN

PROCEDIMIENTO	FECHA
_____	_____
_____	_____
_____	_____

LISTA TODOS LOS MEDICAMENTOS (TANTO RECETRADOS COMO SIN RECETA) Y SUPLEMENTOS

MEDICAMENTO	FRECUENCIA	MEDICAMENTO	FRECUENCIA
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

NOMBRE DEL PACIENTE _____	DOB ____/____/____
---------------------------	--------------------

ALERGIAS – POR FAVOR LISTA

ANTIBIÓTICOS: PENICILINA SULFA KEFLEX

MEDICAMENTOS PARA EL DOLOR: CODEÍNA MORFINA ASPIRINA NSAIDs

OTRO: MARISCOS YODO CINTA ADHESIVA ANESTÉSICO GENERAL/LOCAL

REVISIÓN DE SISTEMAS – POR FAVOR CIRCULE TODO LO QUE CORRESPONDA

SÍNTOMAS CONSTITUCIONALES: ESCALOFRÍOS MAREO FIEBRE FATIGA

EENT: VISIÓN BORROSA / CAMBIO DE VISIÓN / CAMBIO IN AUDIENCIA / ZUMBIDO EN LOS OÍDOS / DIFICULTAD PARA TRAGAR / PROBLEMAS DE INFECCIONES O SINUSALES / DOLOR DE GARGANTA / TOS

GASTROINTESTINAL: CONSTIPACIÓN / DIARREA / ERGE / NÁUSEAS / REFLUJO / HEPTATITIS / CIRROSIS / PANCREATITIS

GENITOURINARIO: ENFERMEDAD RENAL (RENAL) / MICCIÓN FRECUENTE / STD / ENFERMEDAD DE LA PRÓSTATA

TRASTORNOS DE LA PIEL: ERUPCIÓN / PICOR / CAMBIO EN EL COLOR DE LA PIEL / CAMBIO EN EL CABELLO / URTICARIA / SORIASIS / HERIDAS QUE NO CURAN / EASY SCARRING

HEMATOLOGICO/LINFATICO: MALA CIRCULACION / PVD / DOLOR DE PIERNA O PANTORRILLA / DOLOR EN DESCANSO / PROBLEMAS DE VENAS / HINCHAZÓN / VENAS VARICOSAS / FLEBITIS / ÚLCERAS EN LAS PIERNAS / COÁGULOS DE SANGRE / DVT / TRANSFUSIONES PASADAS / LEUCEMIA / LINFOMA / HIV/AIDS / DREPANOCITO / CANCER / TRATAMIENTO DE RADIACIÓN

CARDIOVASCULAR: DOLOR EN EL PECHO / INFARTO DE MIOCARDIO / DIFICULTAD PARA RESPIRAR / HINCHAZACIÓN DE PIES Y/O TOBILLOS / PRESIÓN ARTERIAL ALTA/BAJA / PROLAPSO DE LA VÁLVULA MITRAL / MARCAPASOS

ENDOCRINO: DIABETES / SI DIABÉTICO, CUÁNTO TIEMPO _____ QUE TIPO _____ REVISADO **SI / NO** / ENFERMEDAD DE TIROIDES / PROBLEMAS HORMONALES / SED EXCESIVA O ORINACIÓN

NEUROLÓGICO: INCENDIO / HORMIGUEO / ENTUMECIMIENTO / PARÁLISIS / TEMBLORES / ATAQUE / LESIÓN CRANEAL / ESCLEORIS MÚLTIPLE SCLEROSIS / PARÁLISIS CEREBRAL

RESPIRATORIO: ASMA / DIFICULTAD PARA RESPIRAR / COPD / ENFERMEDAD PULMONAR / TUBERCULOSIS / APNEA DEL SUEÑO

MUSCULOESQUELÉTICO: JOINT PAIN / DULZACIÓN MUSCULAR / RIGIDEZ MATUTINA / DEBILIDAD / DIFICULTAD PARA CAMINAR / ARTRITIS REUMATOIDE / OSTEOARTRITIS / REEMPLAZO DE LA ARTICULACIÓN / FIBROMIALGIA / OSTEOPOROSIS / GOTA

PSICOLÓGICO: ANSIEDAD / DEPRESIÓN / PÉRDIDA DE MEMORIA / CONFUSIÓN / PENSAMIENTOS SUICIDAS / DEPENDENCIA QUÍMICA

HISTORIA SOCIAL Y FAMILIAR

USO DE ALCOHOL: ☐ NUNCA ☐ ANTES ☐ HISTORIA DE ABUSO DE ALCOHOL

FRECUENCIA: _____ # DE BEBIDAS AL MES / SEMANAL / DÍA

USO DE TOBACO: ☐ NUNCA ☐ ANTES ☐ USUARIA ACTUAL

FRECUENCIA: _____ # DE CIGARRILLOS AL MES / SEMANAL / DÍA

USO DE DROGAS RECREATIVAS: ☐ NUNCA ☐ ANTES ☐ USUARIA ACTUAL

FRECUENCIA: _____ # DE VECES AL MES / SEMANAL / DÍA

TIENE ANTECEDENTES FAMILIARES DE: ☐ DIABETES – M / P ☐ CANCER – M / P ☐ ENFERMEDAD DEL CORAZON – M / P

☐ PRESIÓN ALTA – M / P ☐ ATAQUE – M / P ☐ ATERIOPATÍA CORONARIA – M / P ☐ TIROIDES – M / P

☐ ARTRITIS REUMATOIDE – M / P ☐ OTRO _____ - M / P

POR FAVOR CIRCLE SI ESTA DEL LADO DE SU MADRE (M) O DEL LADO DE SU PADRE (P) PARA ANTECEDENTES FAMILIARES.

ESTÁS EMBARAZADA? SI O NO

ESTÁS AMAMANTANDO? SI O NO

ESTÁ TOMANDO PÍLDORAS ANTICONCEPTIVAS? SI O NO

ALTURA DEL PACIENTE: _____

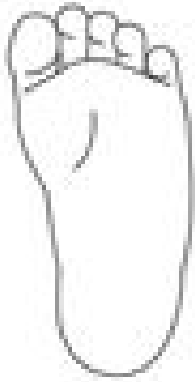
PESO: _____

TAMAÑO DEL ZAPATO: _____

PROBLEMA(S) ACTUALES - SI TIENE MÁS DE UN PROBLEMA, SOLICITE HOJA(S) ADICIONAL(ES)

DÓNDE SE ENCUENTRA EL DOLOR/PROBLEMA? POR FAVOR MARQUE LAS FOTOS A CONTINUACIÓN UTILIZANDO "X's."

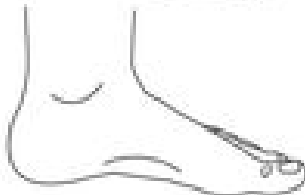
PIE IZQUIERDO



PLANTA DEL PIE



PARTE SUPERIOR DEL PIE

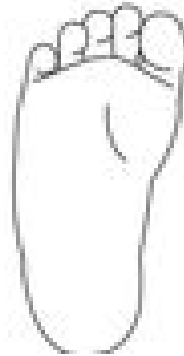


DENTRO DEL PIE



FUERA DEL PIE

PIE DERECHO



PLANTA DEL PIE



PARTE SUPERIOR DEL PIE



FUERA DEL PIE



DENTRO DEL PIE

PROBLEMA(S): _____

ESTE PROBLEMA FUE CAUSADO POR UNA LESIÓN? ☐ SI ☐ NO

(DESCRIBIR) _____

EN CASO AFIRMATIVO, FUE UNA LESIÓN RELACIONADA CON EL TRABAJO? ☐ SI ☐ NO

HACE CUÁNTO TIEMPO QUE EMPEZÓ ESTE PROBLEMA? _____ **DÍAS / SEMANAS / MESES / AÑOS**

SU DOLOR O PROBLEMA COMENZÓ: ☐ COMENZÓ DE REPENTE ☐ SE DESARROLLÓ GRADUALMENTE CON EL TIEMPO

CÓMO DESCRIBIRÍAS TU DOLOR? ☐ SIN DOLOR ☐ AFILADO ☐ EMBOTADO ☐ QUEMANDO ☐ RADIANDO
☐ PICOR ☐ PUÑALADA ☐ OTRO _____

CÓMO CALIFICARÍAS TU DOLOR EN UNA ESCALA DEL 0 AL 10? (POR FAVOR MARQUE)

(SIN DOLOR) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (PEOR)

QUÉ HACE QUE SU DOLOR O PROBLEMA SE SIENTE PEOR? ☐ CAMINAR ☐ DE PIE ☐ ACTIVIDADES DIARIAS
☐ DESCANSO ☐ ZAPATOS DE VESTIR ☐ TACONES ALTOS ☐ PEOR POR LA NOCHE O AL DORMIR ☐ CUALQUIER
ZAPATO CERRADO ☐ CORRENDIO ☐ SIN DOLOR ☐ OTRO _____

QUÉ HACE QUE TU DOLOR O PROBLEMA SE SIENTA MEJOR? _____

POLÍTICA DE REFERENCIA

Si su seguro es parte de un plan de atención administrada (*HMO, POS, EPO, etc.*), no obtener una referencia válida de su médico de atención farmacéutica (*PCP*) puede resultar en que se reduzcan o no se paguen beneficios.

CUIDADO DE LOS PIES NO CUBIERTO

Su compañía de seguros puede determinar que el cuidado de sus pies es un servicio excluido, en cuyo caso no se realizará ningUn reembolso. Si esto ocurre, la responsabilidad del pago suguirá siendo suya como destinatario de estos servicios (*Esto incluye apartos ortopédicos, férulas, medicamentos de venta libre, taloneras, almohadillas, y separadores de dedos, es decir, cualquier cosa que se le entregue en esta oficina y que su el transportista puede no pagar*).

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO Y RESPONSABILIDAD FINANCIERA

Por la presente autorizo al Dr. Ray Kim, FACFAS a brindar servicios y atención médica al paciente indicado a continuación. La duración de este consentimiento es indefinida y continua hasta que sea revocado por escrito. Entiendo que al no firmar este consentimiento, el paciente no recibirá atención médica excepto en caso de emergencia.

Nombre del Paciente (*Por Favor Imprima*) _____

Firma del Paciente, Padre, o Tutor Legal _____ **Fecha de Hoy** ____/____/____

Se espera el pago en el momento de su visita. Aceptamos efectivo, cheque o tarjetas de crédito. Como nuestro paciente, usted es responsable de todos los pagos de cualquier deducible, coseguro, copago o servicios no cubiertos. Su póliza de seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguros. Como cortesía, presentaremos su reclamo de seguro po rusted. Como nuestro paciente, usted es responsable de cualquier factura imaga 60 días después de la presentación del seguro. Si por alguna razón la cuenta se vuelve morosa, acepto pagar todos los honorarios legales y de cobranza. Autorizo Dr. Ray Kim, FACFAS a divulgar información médica pertinente para la presentación de un reclamo de seguro para mí. Hay una tarifa de servicio de \$25 por todos los cheques devueltos.

Nombre del Paciente (*Por Favor Imprima*) _____

Firma del Paciente, Padre, o Tutor Legal _____ **Fecha de Hoy** ____/____/____

ACUSE DE RECIBO DEL AVISO DE PRIVACIDAD

Estamos obligados por ley a proporcionarle una copia de su Aviso de Prácticas de Privacidad. Para garantizar que nuestros registros sean precisos, firme este formulario para reconocer que se le ha proporcionado una copia de su aviso.

Hasta donde yo sé, he respondido las preguntas de este formulario con precision. Entiendo que proporcionar información incorrecta puede ser peligroso para mi salud. Entiendo que es mi responsabilidad informar al médico y al personal del consultorio sobre cualquier cambio en mi estado médico.

Nombre del Paciente (*Por Favor Imprima*) _____

Firma del Paciente, Padre, o Tutor Legal _____ **Fecha de Hoy** ____/____/____