

**Grace Foot And Ankle Center
Michael J Kim DPM**

FORMA DE ADMISIÓN DEL PACIENTE

Nombre: _____ Genero: ____M ____F

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Seguro social numero #: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: ____ Código Postal: _____

Teléfono de casa: _____ Teléfono de trabajo: _____ Teléfono de celular: _____

Estado civil: ____ Soltero(a) ____ Casado(a) ____ Divorciado(a) ____ Viudo(a) ____ Pareja ____ Legalmente separado(a)

Contacto de emergencia: _____ Teléfono : _____ Relación: _____

Correo electrónico: _____ Primario idioma hablado: _____

Estado de Empleo ____ Tiempo completo ____ Tiempo parcial ____ Desempleado

Estado de estudiante ____ Tiempo completo ____ Tiempo parcial ____ no un estudiante

Raza:

Indio(a) Americana ____ Hawaiano nativo ____ Asiático(a) ____ Caucasico(a) ____ Afroamericano(a) ____

Hispano(a)/Latino(a) ____ Desconocido(a) ____

Etnicidad:

Hispano(a) o Latino(a) ____ No un hispano(a) o Latino(a) ____

Doctor Primaria: _____

Referido por: _____

Vascular: _____

Neurologo: _____

Cardiologo: _____

Endocrinologo: _____

Nefrologo: _____

Reumatologo: _____

Farmacia: _____

Teléfono: _____

***Describa su problema de pie/tobillo (incluya la fecha de la lesión si corresponde) ***

Cuando tiempo estado presente el problema ? _____

Ha recibido algún tratamiento o ha tomado algo para ello? _____

Ya has visto a alguien para esto?? ____ No ____ Si Quien? _____

Ha tenido algún problema previo en el pie o el tobillo? En caso afirmativo, describa: ____ No ____ Si

Grace Foot And Ankle Center
Michael J Kim DPM

ALERGIAS

Por favor marque todas las alergias:

_____ Medicamentos: _____

_____ Comida: _____

_____ Cintas o sensibilidad topica de la piel , Otra : _____

Qué tipo de reacciones has experimentado? _____

MEDICAMENTOS

por favor indique todos los
medicamentos y dosis:

1. _____

6. _____

2. _____

7. _____

3. _____

8. _____

4. _____

9. _____

5. _____

10. _____

Historial medico personal:

****Marque aquellos que se aplican a usted ahora o se le han aplicado en el pasado****

_____ Dolor de cabeza/migraña frecuente

_____ Anemia/trastornos de la sangre

_____ Trastorno he ático

_____ Neumonía

_____ Nefro atía

_____ Abuso de drogas/alcohol

_____ DiálisisL Miercoles V o Martes J SA

_____ Epilepsia o convulsiones

_____ Diabetes Azúcar en san re romedio

_____ Tiempo de sangrado prolongado

_____ Asma

_____ Trastorno de estómago/úlceras

_____ Enfisema

_____ Enfermedad tiroidea/ paratiroidea

_____ Problemas del corazón

_____ Presión arterial alta

_____ Ataque al corazón

_____ Artritis

_____ Dolor en el pecho

_____ Tratamiento psiquiatrico

_____ Gota

_____ Problemas emocionales/tensión

_____ Coágulos de sangre

_____ Fiebre del heno/dificultad para respirar

_____ Tumor/Crecimiento anormal/Cáncer

_____ Enfermedad de transmisión sexual

_____ Oído nariz, trastorno degarganta

_____ Trastorno de próstata

_____ Hepatitis/VIH

_____ Otro

Grace Foot And Ankle Center
Michael J Kim DPM

HISTORIA DE LA CIRUGIA

Procedimientos quirúrgicos/lesiones/enfermedades graves	Año	Doctor	Hospital

Algún miembro de su familia ha tenido alguno de los siguientes (indique la relación)?

Cancer: _____

Diabetes: _____

Problemas del corazón:: _____

Presion arterial alta: _____

Nefropatía: _____

Enfermedad emocional o mental: _____

Ataque al corazon: _____

Tuberculosis: _____

Artritis: _____

Enfisema: _____

Coágulos de sangre: _____

Otro: _____

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fumas Actualmente? ____ Si ____ No Cuántos paquetes por día? _____ Por cuantos años? _____

Has fumado anteriormente? ____ Si ____ No No Cuándo lo dejaste? _____

Número de bebidas con cafeína por día.? _____

Cantidad de alcohol consumida por semana _____

Sólo para mujeres: ¿Estás embarazada? _____

Cuántos meses? _____

Por favor complete lo siguiente:

Altura: _____ **Peso:** _____ **Tamaño del zapato:** _____ **Ocupación:** _____

Hay alguna otra información que le gustaría que tuviéramos en cuenta: _____No____Si

Por favor describa: _____

Grace Foot And Ankle Center Michael J Kim DPM

****Por favor marque todo lo que actualmente se aplica a usted****

CONDICIONES MÉDICAS:

☐ Diabetes	☐ Presion arterial alta	☐ Enfermedad del corazon	☐ Soplo cardiaco	☐ Valvula del corazon
☐ Asma	☐ Fiebre reumática	☐ Ulceras estomacale	☐ Ataque al corazon	☐ Infecciones
☐ Hepatitis	☐ Anemia	☐ Enfermedad del higado	☐ Circulación	☐ Cancer
☐ Gota	☐ Tiroides	☐ Problemas nerviosos	☐ Nefropatía	☐ Sangrado
☐ VIH	☐ Tuberculosis	☐ cicatrización	☐ hormonas	☐ Artritis
☐ Escalofríos	☐ Convulsiones	☐ Fiebre		

Muscular/

Esquelético: ☐ Dolor de espalda ☐ Dolor en las articulaciones ☐ Enrojecimiento de las articulaciones
☐ Inflamación de articulaciones ☐ Calambres en las piernas ☐ Rigidez ☐ Sensibilidad muscular
☐ Dolor de cuello ☐ Debilidad de los músculos ☐ Dificultad para caminar

Neurológico: ☐ Ardor en los pies ☐ Hormigueo en los pies o ☐ Entumecimiento ☐ Temblores

Psiquiátrico: ☐ Adicciones ☐ Intento de suicidio ☐ Depresión ☐ Pérdida de memoria ☐ Ataques de pánico

Por la presente autorizo el pago directo de beneficios médicos y quirúrgicos en mi nombre al proveedor de estos servicios que de otro modo me serían pagaderos si no hiciera esta asignación. Entiendo que soy personalmente responsable ante el médico por los cargos no cubiertos por mi contrato de seguro. También entiendo que si mi cuenta se vuelve morosa, seré responsable de cualquier costo de cobro de mi cuenta, incluidos los honorarios de cobro y los costos de abogados.

Reconozco que si mi seguro requiere una referencia, va sea impresa o electrónica, soy responsable de obtener una referencia actualizada y válida. Entiendo que no hacerlo puede resultar en que mis cargos sean mi responsabilidad y que el pago deberá ser pagado directamente por mí

La información proporcionada por mí es verdadera a mi leal saber y entender. Autorizo la divulgación de cualquier expediente médico anterior generado por fax, correo o teléfono por parte del médico o del hospital. Además, por la presente autorizo al médico o sus asistentes a iniciar el diagnóstico y tratamiento de mi condición, a utilizar exámenes de rayos X o fotografías según sea necesario

Doy permiso a Grace Foot And Ankle Center para obtener y divulgar información médica a compañías de seguros y médicos remitentes. He leído lo siguiente y entiendo y acepto Grace Foot And Política de la oficina del Ankle Center

Fecha

FIRMA DEL PACIENTE O TUTOR LEGAL

* Si no es paciente, relación con el paciente:

☐ Padres ☐ Poder legal ☐ Guardian legal ☐ Otro: