



Please bring the following to your appointment:

- Insurance card
- Photo identification
- Medication list

Por favor traiga:

- Tarjeta de aseguranza
- Identificacion
- Lista de medicinas

Patient Information · Información del paciente

Name _____ Patient's Social Security number _____
Nombre Número de Seguro Social del paciente

Sex Male · *Masculino*
 Sexo Female · *Hembra*

Race White or Caucasian · *Blanco o Caucásico*
 Raza Black or African American · *Negro o Afroamericano*
 Native American · *Nativo Americano*
 Asian · *Asiático*
 Hispanic or Latino · *Hispano o Latino*

Date of birth _____ Age _____
Fecha de nacimiento Años

Height _____ Feet · *Pies* _____ Inches · *Pulgadas*
Altura

Weight _____ Lbs. · *Libras*
Peso

Home address _____ City _____ State _____ Zip code _____
Dirección de la casa Ciudad Estado Código postal

Home phone _____ Cell phone _____ Email _____
Teléfono de la casa Teléfono celular Correo electrónico

Parent or guardian guarantor's insured name _____
Nombre del asegurado del padre o tutor

Guardian's Social Security number _____
Número de Seguro Social del guardian

How did you hear about our office?
¿Cómo supo de nuestra oficina?

- Physician referral · *Referencia del médico*
- Friend or family member · *Amigo o miembro de la familia*
- Insurance · *Aseguranza*
- Internet

Why did you choose this office?
¿Por qué elegiste esta oficina?

- Referral · *Remisión*
- Internet reviews · *Reseñas de Internet*
- Location · *Ubicación*
- Other · *Otra* _____

Preferred pharmacy _____
Farmacia preferida

Preferred pharmacy location _____
Dirección de la farmacia preferida

Primary care physician _____ Date of last visit _____
Proveedor de atención primaria Última fecha de visita

Symptoms · Síntomas

Reason for today's visit _____
Motivo de la visita de hoy

Have you treated the pain in any way?
¿Ha tratado el dolor de alguna manera?

- Medication · *Medicación*
- Changed shoe type or size · *Tipo o tamaño de calzado cambiado*
- Stretching · *Extensión*
- Other · *Otra* _____

How long have you had these symptoms? _____
¿Desde cuando ha sufrido del estos síntomas?

Rate your level of pain. <i>Evalúe su nivel de dolor.</i>	No pain <i>Sin dolor</i>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Worst pain <i>Peor dolor</i>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

How would you describe the pain?
¿Cómo describirías el dolor?

- Deep aching · *Dolor profundo*
- Sharp, shooting pain · *Dolor agudo y punzante*
- Numbness · *Entumecimiento*
- Burning · *Ardiente*
- Other · *Otra* _____

When or how often do you experience the pain? Check all that apply.
¿Cuándo o con qué frecuencia experimenta el dolor? Marque todo lo que corresponda.

- Constant · *Constante*
- Intermittent · *Intermitente*
- Daily · *Diariamente*
- Worse with activity · *Peor con la actividad*
- At rest · *En reposo*
- Worse in the morning · *Peor en la mañana*
- Affecting your job · *Afectando su trabajo*
- Affecting your sleep · *Afectando su sueño*

Medical History · Historia médica

Have you seen anyone prior to this appointment? Yes · *Sí*
¿Ha visto a alguien antes de esta cita? No

Are you pregnant? Yes · *Sí*
¿Estas embarazada? No

Do you have any prior x-rays, MRIs, or office notes? Yes · *Sí*
¿Tiene alguna radiografía previa, MRI o notas de la oficina? No

Are you nursing? Yes · *Sí*
¿Está usted amamantando? No

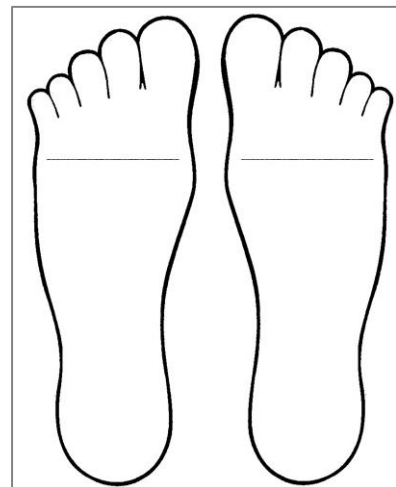
Have you had any prior foot surgery? Yes · *Sí*
¿Ha tenido alguna cirugía en el pie? No

Do you smoke? · *¿Fumas?*

- Everyday · *Cada día*
- Some days · *Algunos días*
- Formerly · *Antes*
- Never · *Nunca*
- Frequency unknown · *Frecuencia desconocida*

If yes, please list the name and date you had the procedure.
En caso afirmativo, indique el nombre y la fecha en que tuvo el procedimiento.

Doctor's notes
Notas del doctor



Medical History · Historia médica (continued · continuado)

Have you had any of the following? Check only if your answer is yes. · ¿Alguna vez ha tenido alguna de las siguientes afecciones? Marque sólo si su respuesta es sí.

- Anemia
- Angina or chest pain · *Angina o dolor en el pecho*
- Asthma · *Asma*
- AIDS/HIV · *SIDA / VIH*
- Arthritis · *Artritis*
- Coronary artery disease · *Enfermedad de la arteria coronaria*
- Cancer · *Cáncer*
- Congestive heart failure (CHF) · *Insuficiencia cardíaca congestiva*
- Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) · *Enfermedad pulmonar obstructiva crónica*
- Depression · *Depresión*
- Diabetes
- Dialysis · *Diálisis*
- Drug abuse disorders · *Trastornos del abuso de drogas*
- Deep vein thrombosis (DVT) · *La trombosis venosa profunda*
- Gastric ulcer · *Úlcera gástrica*
- Gout · *Gota*
- Heart attack · *Ataque al corazón*
- Hepatitis or liver disease · *Hepatitis o enfermedad del hígado*
- High cholesterol · *Colesterol alto*
- Hypertension · *Hipertensión*
- Kidney disease · *Enfermedad del riñon*
- Lymphedema · *Linfedema*
- Osteoporosis
- Peripheral arterial disease · *Enfermedad arterial periférica*
- Rheumatoid arthritis · *Artritis reumatoide*
- Sleep apnea · *Apnea del sueño*
- Thyroid disease · *Enfermedad de tiroides*
- Transient ischemic attack (TIA) or stroke · *Ataque isquémico transitorio o accidente cerebrovascular*

Are you allergic to any of the following? Check only if your answer is yes. · ¿Es usted alérgico a alguno de los siguientes? Marque sólo si su respuesta es sí.

- Adhesive or tape · *Adhesivo o cinta*
- Aspirin · *Aspirina*
- Codeine · *Codeína*
- Iodine dye · *Tinte de yodo*
- Latex · *Látex*
- Local anesthetics · *Anestésicos locales*
- Morphine · *Morfina*
- NSAIDS (Motrin, Alleve, Naprosyn, Ibuprofen)
- Penicillin · *Penicilina*
- Seafood · *Mariscos*
- Sulfa drugs, (for example, Bactrim) · *Sulfa drogas (por ejemplo, Bactrim)*
- Other · *Otra* _____
- None; I have no known allergies. · *Ninguna; No tengo alergias conocidas.*

Do you have a family history of any of the following? Check only if your answer is yes. · ¿Tiene antecedentes familiares de alguno de los siguientes? Marque sólo si su respuesta es sí.

- Cancer · *Cáncer*
- Diabetes
- Heart disease or heart attack · *Enfermedad cardíaca o ataque al corazón*
- Stroke · *Accidente cerebrovascular*
- Other · *Otra* _____

Please list all medication you are currently taking.
 Por favor liste todos los medicamentos que está tomando actualmente.

Check here if you have attached a list.
 Marque aquí si ha adjuntado una lista.

Responsabilidad financiera

Soy consciente de que los beneficios son determinados por mi compañía de seguros y no por el proveedor. La verificación de los beneficios no es una garantía de pago, y seré responsable de cualquier parte de mi tratamiento que no esté cubierta o sea negada por la compañía de seguros, incluyendo mis copagos, deducibles y coaseguro. Entiendo que todos los copagos y cargos de servicio que no están cubiertos por mi compañía de seguros serán pagaderos en el momento del servicio. Entiendo que el proveedor no es responsable de la mala cotización de los beneficios de mi compañía de seguros. Los beneficios del seguro son determinados por mi compañía de seguros cuando se recibe la reclamación. Por medio de la presente autorizo a las Clínicas de Arizona a liberar cualquier información, con fines de seguro, requerida en el curso de mi examen o tratamiento. Por la presente, autorizo el pago directamente a las Clínicas de Arizona para tratamientos, si los hubiere, de lo contrario pagaderos por servicios. Entiendo que soy responsable de todos los cargos si se determina que la información del seguro que he proporcionado es incorrecta. Entiendo que habrá un cargo por servicio de \$ 20.00 en todos los cheques devueltos.

HIPAA / Autorización de Registros

Yo, el abajo firmante entiendo que tengo el derecho de revisar, si elijo, las Clínicas de Arizona y el Tobillo de Arizona, Notificación de Prácticas de Privacidad antes de firmar este documento, las cuales están disponibles bajo petición o en nuestro sitio web, yourfeetfixer.com. La privacidad de sus registros médicos e información personal es importante para nosotros. La documentación de su tratamiento médico y servicios prestados se crean para proveerle cuidado de calidad y para cumplir con ciertos requisitos legales (pautas de HIPAA). Nuestra obligación legal es mantener su información médica privada y cumplir con los términos y condiciones del aviso actual. Podemos divulgar la información para el tratamiento, el pago, o al personal del cuidado de la salud con el propósito de la calidad de su cuidado, y para obtener cualesquiera autorizaciones, pre-certificaciones, etc. Comprendo que cualquier persona que reciba estos expedientes médicos No divulgar cualquiera de la información médica obtenida por esta autorización a ninguna otra persona u organización sin una autorización adicional firmada por mí para la divulgación de la información. Cualquier información que no desee revelar debe ser especificada por escrito. Cualquier información solicitada para ser divulgada a cualquier persona que no sea un médico que lo remita o que lo trate debe ser presentada por escrito.

Consentimiento para el tratamiento

He leído y entiendo las declaraciones anteriores. Doy mi permiso al (a los) médico (s) de las Clínicas de Pie y Tobillo de Arizona para administrar y realizar los procedimientos que se consideren necesarios para el diagnóstico y / o tratamiento de mí o de la condición de mis dependientes. Como representante de mí mismo o como tutor, doy autorización para que el paciente mencionado anteriormente reciba atención y tratamiento médico y / o quirúrgico en las Clínicas de Pie y Tobillo de Arizona.

Nombre del paciente impreso _____

Firma del paciente o de los padres _____ Fecha _____