

LEG Foot & Ankle Associates, P.C.

4915 Broadway, Suite 1-O

New York, NY 10034

Tel (212) 569-5700 | Fax (212)

569-5701 www.nypod.org



Formulario de Registro del Paciente

Este es un registro confidencial y se mantendrá en el consultorio de su médico. La información contenida en este formulario no se suelte sin su permiso.

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ Sexo: __ M __ F

Seguro Social: _____ Estado Civil: __ Casado __ Soltero __ Menor __ Viudo

Dirección: _____

Teléfono de la casa: _____ Teléfono celular: _____

E-mail: _____ Teléfono del trabajo: _____

Empleador: _____ Ocupación: _____

Médico Primario: _____ PCP Teléfono: _____

Información de contacto de emergencia:

Nombre: _____ Relación: _____

Número de teléfono: _____

Padres de Paciente / Tutor: (si es menor de 18):

Nombre: _____ Teléfono: _____

Demografía: (para el análisis estadístico gubernamental)

Raza: _____ Idioma preferido: _____

¿Cómo se enteró de la práctica? (marque una)

Internet/Google: _____ Amiga / Familia: _____ Referencia Médica (¿quién?): _____

Compañía Aseguradora: _____ Facebook: _____ Otro: _____

LEG Foot & Ankle Associates, P.C.

4915 Broadway, Suite 1-O

New York, NY 10034

Tel (212) 569-5700 | Fax (212)

569-5701 www.nypod.org



Información Del Pago

Seguro Primario:

Seguro: _____ ID # : _____

Grupo #: _____ Ef . Fecha: _____

Relación del paciente con el asegurado : __ Ser __ Cónyuge __ Menor __ Otra :

Seguro Secundario:

Seguro: _____ ID # : _____

Grupo #: _____ Ef . Fecha: _____

Relación del paciente con el asegurado : __ Ser __ Cónyuge __ Menor __ Otra :

LEG Foot & Ankle Associates, P.C.

4915 Broadway, Suite 1-O

New York, NY 10034

Tel (212) 569-5700 | Fax (212) 569-5701

www.nypod.org

**Queja Principal / Historia de la enfermedad actual**

Cuál es el motivo de su visita? _____

Qué pie te molesta? __Derecho __Izquierdo Cuánto tiempo le ha molestado? _____

Cuando le molesta más? _____ Cuando o que le ayuda a liviar el dolor? _____

Alguna vez ha ido a un doctor de los pies? __ Sí __ No Si usted contest si por favor escriba:

Nombre: _____ Última visita: _____

Actividades deportivas en las que participan (por favor lista e indican la frecuencia):

Por favor, indique cuáles son los problemas del pie ahora usted tiene o ha tenido en el pasado:

☐ Dolor de tobillo	☐ alambres / entumecimiento en los pies o las piernas	☐ Uñas de los pies encarnadas
☐ El pie de atleta	☐ Los pies planos	☐ Las verrugas plantares
☐ Juanetes	☐ Calambres en los pies o las piernas	☐ Hinchazón de los tobillos o pies
☐ Los callos y callosidades	☐ Dolor en el talón	☐ Pies cansados

Historia Medica:

- | | | | |
|---|--|--|---|
| ☐ Anemia | ☐ El colesterol alto | ☐ Stroke | ☐ Enfermedad del corazón |
| ☐ Cáncer | ☐ La presion alta | ☐ Epilepsia | ☐ Problemas de la tiroides |
| ☐ Diabetes | ☐ Ataque del corazón | ☐ Gastritis | ☐ La mala circulación |
| ☐ Depresión / Ansiedad | ☐ Artritis | ☐ Problemas estomacales/úlceras | ☐ Hepatitis |
| ☐ Trastorno hemorrágico | ☐ Problemas pulmonares | ☐ condición Nervioso | ☐ VIH SIDA |
| ☐ La inflamación de las venas | ☐ Enfermedades venéreas | ☐ Infecciones frecuentes | ☐ Fiebre reumática |
| ☐ Otros problemas medicos: _____ | | | |

LEG Foot & Ankle Associates, P.C.

4915 Broadway, Suite 1-O

New York, NY 10034

Tel (212) 569-5700 | Fax (212) 569-5701

www.nypod.org



Por favor liste todas las hospitalizaciones y cirugías con fechas:

Incluya recetas, más de los medicamentos de venta libre y vitaminas:

¿Es usted alérgico a algún alimento / medicamento?

Historia social: Fuma usted? __ Sí __ No Usted consume alcohol? __ Sí __ No Utiliza drogas? __ Si __ No

Existe la posibilidad que usted podría estar embarazada? __ Si __ No

Historia Familiar:

☐ Enfermedad heritaria	☐ Cancer	☐ Problemas renales	☐ Presion alta	☐ Otro:
☐ Problemas de los pies	☐ Diabetes	☐ Enfermedad del Corazon	☐ Colesterol alto	

He leído las preguntas anteriores y las he contestado a lo mejor de mi conocimiento. Autorizo Drs Robert Locastro, Eliezer Eisenberger, Emilio Goez, el personal y los asociados para examinar y me traten. También autorizo la divulgación de cualquier información médica necesaria para procesar reclamaciones de seguros médicos. En el caso de mi póliza de seguro de salud no pagar o cubrir mis gastos de cuidado, entiendo que soy responsable del pago.

Firma: _____ **Fecha:** _____