

LEG Foot & Ankle Associates, P.C.
4915 Broadway Suite 1J
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: _____

LEG Foot & Ankle Associates, P.C.
4915 Broadway Suite 1J
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 :

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:

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

Historia Medica:

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

LEG Foot & Ankle Associates, P.C.
4915 Broadway Suite 1J
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:

<input type="checkbox"/> Enfermedad hereditaria	<input type="checkbox"/> Cancer	<input type="checkbox"/> Problemas renales	<input type="checkbox"/> Presion alta	<input type="checkbox"/> Otro:
<input type="checkbox"/> Problemas de los pies	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Enfermedad del Corazon	<input type="checkbox"/> 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:** _____