



Plano Office: 5804 Coit Rd. #100, Plano, Texas 75023
 Plano Office: 972-424-3505
 Lewisville Office: 502 N. Valley Pkwy #2, Lewisville, Texas 75067
 Irving Office: 6161 N State Hwy 161 Ste. #320, Irving, Texas 75038
 Lewisville/Irving Office: 972-316-0902
 Fax: 972-316-1161



Información del Paciente

Por favor complete el siguiente formulario confidencial para nuestros registros:

Nombre Del Paciente: (Tal como aparezca en la tarjeta de azeguranza)		
(Nombre)	(Segundo nombre)	(Apellido)
Fecha:	Edad: (m/d/año)	
Casa #:	Cel #:	
Trabajo #:	Ext:	
Direccion:		
Correo electronico:		
Seguro Social #:	Sexo: () Masculino () Femenino	
Contacto de Emergencia:	Casa #:	Cel #:
Farmacia/Direccion:	Numero de Telefono:	
Fuente de referencia: () anuncio, especificar _____ () familiar/amigo () Azeguranza () Periodico () ZocDoc () Directorio telefónico () Google () Yelp () Internet () Otro, <i>especificar:</i>		

INFORMACION DE EMPLEADOR DEL PACIENTE

Nombre del empleador del paciente: (indique si es menor)	
Direccion:	
Ocupación del paciente:	
Persona de contacto (en el trabajo):	Telefono #: Fax # :
1- Si la visita de hoy se debe a una lesión en el trabajo, verifique () Si () No	
2- ¿Ha notificado a su departamento de personal? verifique () si () No	
Por favor haga una breve descripción de la lesión (mm/ año):	

INFORMACIÓN SOBRE EL TITULAR DE LA POLIZA

Nombre del titular de la póliza: (tal como aparece en la azeguranza)		
(Nombre)	(Segundo nombre)	(Apellido)
Direccion: (si es diferente ala del paciente):		
SS #:	Edad: (MM/DD/ANO)	
casa #:	Cel #:	
Trabajo #:	Sexo: () Male () Female	
Nombre del empleador:	Direccion del empleador:	
Correo electronico:		

CIRUGÍAS Y HOSPITALIZACIONES: *marque con un círculo todas las que correspondan (describa el procedimiento, mm / año y cualquier complicación):*

Ninguna	Apendectomía	Cesarea
Angioplastia	Bypass	Cataratas
Colecistectomia	Otra	
¿Alguna vez ha tenido algún procedimiento quirúrgico en el pie / tobillo o en algún otro lugar de su cuerpo? En caso de ser así, describa fecha y cirujano:		
¿Tiene articulaciones artificiales: marque con un círculo Sí / No, en caso afirmativo, donde:		
¿Tienes una válvula cardíaca artificial? círculo si / no		

HISTORIA SOCIAL:

Ocupacion:	Usted fuma? <i>circule</i> Si/No si la respuesta es si, cuantos al dia?		
¿Toma alcohol? circule Sí / No, en caso afirmativo, indique cuántos Por día. _____ Por semana _____ Por mes _____			
¿Drogas ilícitas? circule Sí / No, si es así, de qué tipo _____ Cuantas _____ Al día, _____ A la semana, Por cuanto tiempo _____			
Favor de especificar: ¿Ha tenido un abuso de sustancias en el pasado? Círculo Sí / No, si es así, por favor especifique:			
¿Hace ejercicio regularmente? circunde cuál aplica:			
No, nunca	Sí, 1-2 veces por semana durante al menos 30 minutos	Sí, 3-5 veces por semana durante al menos 30 minutos	Sí, 5-6 veces por semana durante al menos 30 minutos
¿Quieres más información sobre ejercicio y dieta saludable? Si/ no			

HISTORIA FAMILIAR: *circule por favor si hay algún historial familiar (pariente de sangre) que tenga lo siguiente, indique quién:*

Alzheimer	Quien:	Depresion/Anciedad	Quien:
Arthritis	Quien:	Diabetes (tipo 1 o 2)	Quien:
Trastornos de la coagulación	Quien:	Enfisema	Quien:
Coágulo de sangre	Quien:	Enfermedad del corazón	Quien:
Cancer (que tipo)	Quien:	Alta presion sanguinea	Quien:
Cataratas	Quien:	Neurológica	Quien:
Problemas de circulacion	Quien:	Ataques	Quien:
Otro (<i>especificar</i>):		Adiciones(<i>especifique</i>)	Quien:

INFORMACIÓN MÉDICA:

Médico primario: <i>marque con un círculo Sí / No si desea que se le envíen los resultados:</i>	
Nombre:	Direccion:
Numero de telefono:	Numero de Fax:
SS #:	Edad: (m/d/año)
casa #:	Cel #:
trabajo #:	Sexo: () Masculino () Femenino
Nombre de empleador:	Direccion de empleador:
Correo electronico:	

INFORMACIÓN DE AZEGURANZA

Sin seguro (<i>marque aquí</i>) Sí / No	
Nombre primario de azeguranza:	Numero de Poliza:
Nombre de grupo:	Grupo #
Fecha efectiva:	Fecha de terminasion:

Relación del paciente con el titular de la póliza:	Policy Holders Name:
Nombre de la Compañía de Seguros Secundarios:	Numero de poliza:
Nombre del grupo:	Grupo #:
Fecha efectiva:	Fecha de terminasion:
Relación del paciente con el titular de la póliza:	Nombre de titular de poliza:

Entiendo que Southwest Foot and Ankle Center, DFW Woundcare Center or Southwest Footcare and Associates, LLP no es en última instancia responsable de cobrar mis seguros o acuerdos de negociación de reclamaciones.

Explicación de la Política de pago y Política de privacidad y Procedimientos de presentación de seguros:

Por la presente reconozco que la información anterior es correcta a mi leal saber y entender. Autorizo cualquier y toda la divulgación de información obtenida durante mi tratamiento a mi médico de atención primaria o fuentes de referencia. Entiendo que a lo largo de mi tratamiento, soy responsable de notificar al médico y / o al personal médico de cualquier actualización de la información que figura en los formularios de información del paciente.

Autorizo Southwest Foot & Ankle Center, DFW Wound Care or Southwest Footcare para divulgar la información pertinente a la presentación de reclamaciones de seguros para los nombres de pacientes mencionados anteriormente. Autorizo a mis aseguradoras a pagar los beneficios directamente a Southwest Foot & Ankle Center, PA en cualquier servicio sin pagar presentado en mi nombre. Entiendo que soy responsable de pagar Southwest Foot & Ankle Center por cargos que el paciente anterior sin importar mi cobertura de seguro. Tambien entiendo que Southwest Foot & Ankle Center PA no es en última instancia responsable de cobrar mi seguro o negociar la liquidación de reclamaciones. Entiendo que SOY RESPONSABLE del pago a Southwest Foot and Ankle, DFW Woundcare Centers or Southwest Footcare and Associates, PA por los cargos del paciente mencionado, independientemente de mi cobertura de seguro.

Reconozco que se me dio una copia de Southwest Foot & Ankles Aviso de prácticas de privacidad y que he tenido la oportunidad de leer y entender el aviso.

Por la presente doy a Southwest Foot & Ankle Center, DFW Wound Care or Southwest Footcare & Associates permiso para diagnosticar y administrar el tratamiento para la condición de mi pie, tobillo o herida y autorizar cualquier divulgación de información obtenida durante mi tratamiento.

Firma del paciente / tutor legal:

Fecha: