



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 suelta sin su permiso.

Fecha: _____ Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Edad: _____ Sexo: M F Estado Civil: Soltero/a Menor Casado Divorciado/a Viudo/a

Dirección: _____ Apartamento: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono de casa: _____ Teléfono celular: _____ E-mail: _____

Médico Primario: _____ PCP Teléfono: _____

Referido por: _____

Información de contacto de emergencia:

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Padres de Paciente / Tutor: **(Si es menor de 18*)**

Nombre: _____ Teléfono: _____

Demografía: (para el análisis estadístico gubernamental)

Idioma preferido: Inglés
 Español
 Otro: _____

Farmacia / Información de prescripción:

Walgreens CVS Wal-Mart Target Chubbuck's Xtra Care Bernhard's Freeport Pharm.

Otro: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Número de teléfono: _____

¿Esta tomando algún medicamento/vitaminas? Si No

En caso de que si incluya los nombres:

¿Es usted alérgico a alguna comida? Si No

¿Es usted alérgico a algún antibióticos/medicamento? Si No

En caso de que si incluya los nombres:

Sin Alergias A Los Medicamentos Conocidos Al Medio Ambiente Penicilina
 Sulfuro Nueces/ Mani / Almendras Yodo
 Comida: _____ Antibióticos: _____ Otro: _____

Historia de la enfermedad actual:

¿Alguna vez ha ido a un doctor de los pies? Si No

En caso que si, por favor escriba: Doctor: _____

Última visita: _____

Por favor, indique cuáles son los problemas del pie que usted tiene ahora:

<input type="checkbox"/> Dolor de tobillo	<input type="checkbox"/> Entumecimiento en los pies	<input type="checkbox"/> Uñas de los pies encarnadas
<input type="checkbox"/> El pie de atleta	<input type="checkbox"/> Los pies planos	<input type="checkbox"/> Verrugas plantares
<input type="checkbox"/> Juanetes	<input type="checkbox"/> Hongo en las uñas de los pies	<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"/> Otro: _____

Que molestia tiene con sus pies? Izquierdo Derecho

En escala de 1-10, ¿cómo calificaría su dolor? Por favor marque uno: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

¿Qué hace que el dolor mejore o empeore? _____

Actividades deportivas en las que participan (por favor indique la frecuencia): _____

Historia Medica Estatura: _____ Peso: _____ Tamaño del zapato: _____

	SI	NO		SI	NO		SI	NO
Anemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Demencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Migrañas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Artritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor de Cabeza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mala Circulacion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Epilepsia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Neumonia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ansiedad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad Pulmonar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Presion Alta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ataque al Corazon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad del Corazon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Presion Baja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cancer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad de la Tiroides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas de la Espalda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Colesterol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gota Urica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SIDA/VIH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Calculos a los riñones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Glaucoma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Condicion Nerviosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gastritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ulcera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes Por cuanto tiempo? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas cerebrales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depresion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Infarto Cerebral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otro:		

Por favor liste todas sus hospitalizaciones y cirugías con las fechas:

Historia social:

¿Fuma usted? Sí No

¿Usted consume alcohol? Sí No

¿Utiliza drogas? Sí No

En caso de que si, cuanto y por cuanto tiempo? _____

¿Existe la posibilidad que usted podría estar embarazada? Sí No

Historia Familiar:

<input type="checkbox"/> Problemas de los pies	<input type="checkbox"/> Cancer	<input type="checkbox"/> Diabetes
<input type="checkbox"/> Enfermedad del Corazon	<input type="checkbox"/> Presión Alta	<input type="checkbox"/> Colesterol
<input type="checkbox"/> Presión Baja	<input type="checkbox"/> Otro:	

He leído las preguntas anteriores y las he contestado a lo mejor de mi conocimiento. Autorizo Long Island Foot Care, P.C./Dr. Emilio Goetz, 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: X

Fecha: