



**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:  Ingles  
 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 antibiotico/medicamento?**  Si  No

En caso de que si incluya los nombres:

- Sin Alergias A Los Medicamentos Conocidos  Al Medio Ambienete  Penicilina  
 Sulfuro  Nueces/ Mani / Almendras  Yodo  
 Comida: \_\_\_\_\_  Antibiotics: \_\_\_\_\_  Otro: \_\_\_\_\_

**Historia de la enfermedad actual:**

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

Si usted contestó 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?

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"/>	Neumonía	<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: