

## Welcome to ASSOCIATED PODIATRISTS, P.C.

**PAUL SHAPIRO, D.P.M**  
Diplomatic American Board of Podiatric Surgery

**LINDSEY WESTERHAUS, D.P.M**  
Diplomatic American Board of Podiatric Surgery

**LAURA HEATH, D.P.M**  
Associate American Board of Podiatric Surgery

Fecha: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ File : \_\_\_\_\_ ( office use)

_____ Nombre	_____ Apellido	__/__/____ Fecha de Nacimiento	<b>Language:</b> English <input type="checkbox"/> Espanol <input type="checkbox"/> Other _____
*Paciente menor de 18 anos: Padre/tutor legal: _____ Fecha de Nacimiento _____			
Telefono/Celular _____ EMAIL: _____ Edad: _____ Hombre: _____ Mujer: _____ Estado Civil: Casada/o <input type="checkbox"/> Soltera/o <input type="checkbox"/> Viudo/a <input type="checkbox"/>			
_____ Direccion Apt/Unit# Ciudad Estado Codigo Postal Direccion de correo (Verifique si el mismo) <input type="checkbox"/> _____			
_____ Seguro Primario Numero de Identificacion Numero de Grupo _____ El Empleador de Poseedor de Seguro Relacion de Paciente Fecha de Nacimiento _____ Seguro Secundario Numero de Identificacion Numero de Grupo _____ El Empleado de Poseedor de Seguro Relacion al Paciente Fecha de Nacimiento			
Doctor Primario _____ Ultima visita fecha _____ Numero telefonico _____ Direccion _____ Como se entero de nuestra oficina? Su Doctor Primario <input type="checkbox"/> Seguro <input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> Familia/Amigo/a <input type="checkbox"/>			
<b>Informacion de Privacidad:</b> Podemos dejar mensajes Casa <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Contaco de Emergencia _____ telefono _____ Relacion al paciente			

Nombre \_\_\_\_\_ File Number \_\_\_\_\_

**\*Razon de visita\*** \_\_\_\_\_

(Reason for visit)

¿Indique por favor si usted ha tenido cualquiera del siguiente? Please indicate if you have history of

	<i>SI</i>		<i>SI</i>		<i>SI</i>
<b>DIABETES Tipo I / Type II</b>		<b>TRASTORNOS GASTROINTESTINALES</b> (GASTROINTESTINAL DISORDERS)		<b>INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA</b> (CONGESTIVE HEART FAILURE)	
<b>Paralisis Cerebral</b> (cerebral palsy)		<b>ARTROPATIA DE CHARCO</b> (CHARCOT ARTHROPATHY)		<b>DISTROFIA MUSCULAR</b> (MUSCULAR DYSTROPHY)	
<b>Sida/VIH</b> (AIDS/HIV)		<b>CANCER</b> (CANCER)		<b>APNEA DEL SUENO</b> (SLEEP APNEA)	
<b>ANGINA/ DOLOR DE PECHO</b> (ANGINA/CHEST PAIN)		<b>DEPENDENCIA QUIMICA</b> (CHEMICAL DEPENDANCE)		<b>OSTEOPOROSIS</b> (OSTEOPOROSIS)	
<b>ENFERMEDAD DEPRESIVA</b> (DEPRESSION ILLNESS)		<b>TRASTORNOS HEMORRAGICOS</b> (BLEEDING DISORDERS)		<b>TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA/DVT</b> (DEEP VEIN THROMBOSIS/DVT)	
<b>REEMPLAZO DE LA ARTICULACION</b> (JOINT REPLACEMENT)		<b>HIPERTENSION/PRESION ARTERIAL ALTA</b> (HYPERTENSION/HIGH BLOOD PRESSURE)		<b>TRASTORNOS RESPIRATORIOS</b> (RESPIRATORYY DISORDERS)	
<b>ASMA</b> (ASTHMA)		<b>ACCIDENTE CEREBROVASCULAR</b> (STROKE)		<b>ENFERMEDAD VASCULR PERIFERICA</b> (PERIPHERAL VASCULAR DISEASE)	
<b>ALCOHOLISMO</b> (ALCOHOLISM)		<b>HEPATITIS/ICTERICIA</b> (HEPATITIS/JAUNDICE)		<b>TROMOBOFLEBITIS</b> (THROMBOPHLEBITIS)	
<b>ABUSO DE DROGAS</b> (DRUG ABUSE)		<b>TIROIDES/(ENFERMEDAD)</b> (THYROID DISEASE)		<b>RENAL/ENFERMEDAD RENAL</b> (RENAL/KIDNEY DISEASE)	
<b>ENFERMEDAD REUMATOIDE</b> (RHEUMATOID DISEASE)		<b>GOTA</b> (GOUT)		<b>LINFADENOPATIA</b> (LYMPHADENOPATHY)	
<b>PROBLEMAS DE ESPALDA</b> (BACK PROBLEMS)		<b>ENFERMEDAD HEPATICA</b> (LIVER DISEASE)		<b>OSTEOARTRITIS</b> (OSTEOARTHRITIS)	
<b>ANEMIA</b> (ANEMIA)		<b>COLESTEROL ALTO</b> (HIGH CHOLESTEROL)		<b>CELLULITIS</b> (CELLULITIS)	
<b>ENFERMEDAD DE LAS ARTERIAS CORONARIAS</b> (CORONARY ARTERY DISEASE)		<b>TRASTORNOS DE LA PIEL</b> (SKIN DISORDERS) _____		<b>TRASTORNO NEUROLOGICO</b> Neurologic Disorder (specify) _____	

Nombre \_\_\_\_\_ File Number \_\_\_\_\_

**HISTORIA SOCIAL (SOCIAL HISTORY)**

<b>Fuma?</b> <i>Do You Smoke?</i>	<b>SI</b>	<b>NO</b>			
<b>Toma Bebidas Alcoholicas?</b> <i>DO YOU CONSUME ALCOHOL?</i>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>USO RECREATIVO DE DROGAS?</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
			RECREATIONAL DRUG USE		
<b>esta usted Embarazada?</b> <i>Are you Pregnant?</i>	<b>SI</b>	<b>NO</b>			

**La Historia familiar: ¿Hay una Historia Familiar del siguiente? Verifique**  
*(Family History: Is there a Family History of the following?)*

	<b>SI</b>		<b>SI</b>		<b>SI</b>
<b>ARTRITIS</b> (arthritis)		<b>TRASTORNOS HEMORRAGICOS</b> (bleeding disorders)		<b>PROBLEMAS CIRCULATORIOS</b> (circulatory problems)	
<b>Diabetes</b>		<b>DESORDENES NEUROLOGICOS</b> (neurological disorders)		<b>DEDOS DE MARTILLO</b> (hammer toes)	
<b>Cancer</b>		<b>ENFERMEDAD DEL CORAZON</b> (heart disease)		<b>JUANETES</b> (bunions)	
<b>PIES PLANOS</b> (flatfeet)		<b>CUAGULOS DE SANGRE, TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA EMBOLIA PULMONAR</b> (Blood Clots/DVT/PE)		<b>OTRO</b> _____ Other	

**HISTORIAL DE CIRUGIAS:**


**INFORMACION DE FARMACIA: (Pharmacy)**

**NOMBRE:** \_\_\_\_\_ **CALLES PRINCIPALES:** \_\_\_\_\_

**TELEFONO** \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ File Number \_\_\_\_\_

<b>Medicamentos <i>medications:</i></b>	<b>Marque si usted ha proporcionado una lista de sus Medicinas</b> <b>Check if you have provided a list of your Medications</b>	

**Alergias a un medicamento? (Are you Allergic or Sensitive to the following?)**

	SI		SI		SI		SI
<b>Adhesivo/cinta medical</b>		<b>Anestesicos locales (Local Anesthetics)</b>		<b>Morfina (Morphine)</b>		<b>NINGUNO, No TENGO ALERGIAS CONOCIDAS</b> <b>NONE, I HAVE NO KNOWN ALLERGIES</b>	
<b>Demerol</b>		<b>Novocaina</b>		<b>Terapia (Anticoagulant Therapy )</b>			
<b>Aspirina</b>		<b>Sulfamidas (Sulfa Drugs ex. Bactrim)</b>		<b>Iodine/Betadina</b>			
<b>Penicilina</b>		<b>Mariscos (Seafoods)</b>		<b>Other</b>			
<b>Codeina</b>		<b>Latex</b>		<b>Ibuprofen</b>			

<b>Toma para adelgazar la sangre? Are you taking blood thinners?</b>	<b>SI (Specify)</b>		<b>Coumadin/Warfarin</b>		<b>Plavix</b>	
			<b>Aspirin</b>		<b>Heparin</b>	

Altura \_\_ Pies \_\_ Pulgadu

Peso \_\_\_\_ lbs

**Consentimiento de Tratamiento:****Iniciales**

Certifico que la informacion anterior y adjunta es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Doy mi permiso al medico para administrar y realizar los procedimientos que se consideren necesarios para diagnostico y /o el tratamiento de mi condicion o la de mi hijo. Como representante de mi mismo o como guardian doy autorizacion para que el paciente mencionado anteriormente reciba atencion y tratamiento medico y quirurgico con cualquiera de los Podologos Asociados P.C. Yo, los abajo firmantes certifico que yo o mi dependiente tengo cobertura de seguro como se indica, y asignar directamente a Paul Shapiro DPM, Lindsey Westerhaus DPM y Laura Heath DPM todos los beneficios de seguro, si los hay, de otra manera pagaderos a mi por los servicios prestados. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos que el seguro pague o no pague. Por la presente autorizo al medico a divulgar toda la informacion necesaria para asegurar el pago de beneficios. Autorizo el uso de esta firma en todas las presentaciones de seguros

**Autorizacion de Medicare:****Iniciales**

Yo, la solicitud firmante de que el pago de los beneficios autorizados de Medicare se haga a mi o en mi nombre a Paul Shapiro DPM, Lindsey Westerhaus DPM y Laura Heath DPM por cualquier servicio que me haya proporcionado el medico. Autorizo a cualquier titular de informacion medica sobre mi a divulgar a la Administracion de Financiamiento de Cuidado del Salud y a sus agentes cualquier informacion necesaria para determinar estos beneficios o los beneficios pagaderos por los servicios relacionados. Entiendo mi solicitud de firma de que se realice el pago y autorizo la divulgacion de la informacion medica necesaria para pagar la reclamacion. Si se indica otro seguro de salud en el punto 9 del formulario HCFA-1500, o en cualquier otro lugar en otros formularios de reclamo aprobados o reclamos presentados electronicamente, mi firma autoriza la divulgacion de la informacion a la aseguradora o agencia mostrada. En los casos asignados por Medicare, el medico o proveedor acepta aceptar la determinacion de cargo del portador de Medicare como el cargo completo, y el paciente es responsable unicamente del deducible, coseguro y servicio no cubierto. El coseguro y el deducible se basan en la determinacion de cargos del proveedor de Medicare.

**Politica De HIPAA:****Iniciales**

Yo, el abajo firmante entiendo que tengo derecho a revisar Associated Podiatrist P.C. Aviso de practicas de privacidad antes de firmar este document.

**Reconocimiento para Directivas Avanzadas****Iniciales**

Como su doctor medico, necesitamos saber si tiene documentos de avance directivo medico

**Si**     **No** (Si No y quisira informacion, pregunte a la recepcionista)

**Su firma verifica que ha leído el parrafo; permiso de tratamiento, y entiendo el permiso de vida para la aseguranza, HIPPA politica y avance directive medico**

\_\_\_\_\_  
Nombre imprimido del partido responsable

\_\_\_\_\_  
Firma del partido responsable

\_\_\_\_\_  
Relacion

\_\_\_\_\_  
Fecha