



Dan Bangart, DPM
Keith Bangart, DPM
Jeff Thomas, DPM
S.Shane Moore, DPM, MBA
Ryan Bangart, DPM
Austin Rollins, DPM

INFORMATCIÓN DEL PACIENTE

FECHA: _____

NOMBRE

APELLIDO

Fecha de nacimiento _____ / _____ / _____ Género ☐ Masculino ☐ Femenino

Dirección _____

Número de teléfono _____ Celular _____

Número de Trabajo _____ Número de Seguro Social _____

Correo Electrónico _____

Por favor, indique el motivo de su visita hoy:

Persona responsable
(si es menor de edad) _____

Dirección de la persona responsable: _____

Teléfono de la persona responsable: _____

DETALLES DE CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre del contacto _____ Teléfono de casa _____

Relación _____ Teléfono celular _____

Estado Civil ☐ Soltero/a ☐ Casado/a ☐ Divorciado/a ☐ Viudo/a ☐ Separado/a

USO SIGNIFICATIVO: (SOLO PARA USO INTERNO) POR FAVOR SELECCIONE UNA:

☐ Indígena americano ☐ Asiático ☐ Negro ☐ Hispanio o Latino ☐ Isleño del Pacífico

☐ Blanco ☐ Otro Idioma principal: _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO ¡Por favor recuerde traer su tarjeta de seguro a su cita!

Seguro primario _____ Relación con el paciente _____

Titular de la Póliza _____ Número de identificación _____

Número de grupo _____ Fecha de nacimiento del titular de la Póliza _____

Si usted tiene un seguro secundario, por favor proporcione toda la información adicional en la siguiente sección.

SEGURO SECUNDARIO (si aplica)

Seguro secundario _____	Titular de la póliza _____
Relación con el paciente _____	Número de grupo _____
Número de identificación _____	Fecha de nacimiento del titular de la póliza _____

INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR DE SALUD

Proveedor de atención médica / Médico de cabecera _____

Número de teléfono de contacto del proveedor _____

Fodólogo anterior _____

INFORMACIÓN SOBRE ACCIDENTES

(Si la condición no es resultado de un accidente, escriba N/A)

Fecha del accidente _____ ¿Cómo / Dónde ocurrió? _____

¿Relacionado con el trabajo? ☐ Sí ☐ No ¿Fue tratado por otro médico por esta lesión? ☐ Sí ☐ No

Nombre y número de teléfono del médico _____

¿CÓMO SE ENTERÓ DE NOSOTROS?

☐ Internet / Motor de búsqueda	☐ Referencia Médica	☐ FRecomendación un amigo
☐ Redes sociales	☐ Reseña (Google, Yelp, Etc)	☐ Otro

Al firmar este documento:

1. Por la presente doy mi permiso para administrar tratamiento y realizar los procedimientos que sean necesarios para el diagnóstico y tratamiento.
2. Proporcionaré los formularios e información del seguro y acepto pagar mi copago, deducible y cualquier parte no cubierta en el momento de mi visita o cuando sea facturado por la oficina.
3. Menores: Declaro que soy el tutor legal de este paciente y entiendo que solo el tutor legal puede estar presente en la sala de examen.
4. Entiendo que se me puede tomar una fotografía con fines de verificación del seguro. Si no estoy de acuerdo con este proceso, informaré a la oficina.

Acuerdo de firma (Firma del patients (Por favor firme su nombre completo abajo)

Firma del paciente: _____ Fecha: _____



HISTORIAL MÉDICO

Nombre del paciente: (Apellido, Nombre, Inicial.) _____

MEDICAMENTOS:

Por favor, indique TODOS los medicamentos que toma (con receta o sin receta) y su dosis:

ALERGIAS Indique todas las alegrías a medicamentos y el tipo de reacción:

CIRUGIAS PREVIAS: (Adicional en la espalda) -Tipo y año

HISTORIAL MÉDICO PERSONAL

¿Ha tenido alguno de los siguientes Padecimientos? (Marque si la respuesta es sí)

☐ Neuropatía	☐ Problemas Hepáticos	☐ Anemia
☐ Fibromialgia	☐ VIH/SIDA	☐ Derrame cerebral
☐ Asma	☐ Diabetes (Indique su último nivel de azúcar en sangre a continuación HbA1c:)	☐ Trastorno hemorrágico
☐ Enfermedad renal	☐ Gota	☐ Coágulos de sangre
☐ Hepatitis - tipo de cheque ☐ A ☐ B ☐ C	☐ Várices	☐ Problemas estomacales
☐ Problemas de tiroides	☐ EPOC	☐ Presión arterial alta
☐ Problemas cardíacos (Tipo: _____)	☐ Artritis (Tipo: _____)	☐ Cholesterol alto

Otro: _____

HISTORIAL FAMILIAR (SELECCIONE TODO LO QUE APLIQUE)

☐ Hipertensión	☐ Madre	☐ Padre	☐ Abuelo(a)	☐ Hermano/a
☐ Enfermedad cardíaca	☐ Madre	☐ Padre	☐ Abuelo(a)	☐ Hermano/a
☐ Diabetes	☐ Madre	☐ Padre	☐ Abuelo(a)	☐ Hermano/a
☐ Problemas en los pies	☐ Mother	☐ Padre	☐ Abuelo(a)	☐ Hermano/a

SELECCIONE UNA OPCIÓN: _____

Liste Nombres Y Fechas De Cirugías Aquí :

Uso de tabaco: ☐ Sí ☐ No Cantidad: _____

Uso de alcohol: ☐ Sí ☐ No Cantidad: _____

Uso de drogas:: ☐ Sí ☐ No

¿Tiene dolor en la parte baja de la espalda? ☐ Sí ☐ No

¿Está embarazada actualmente? ☐ Sí ☐ No Número de meses: _____

Estatura _____ Peso: _____ Talla de calzado: _____

*Entiendo que respuestas honestas y completas a cada una de las preguntas anteriores son importantes para la prestación de mi atención médica, y las he contestado lo mejor posible. Me han informado que si no estoy seguro(a) sobre alguna pregunta en este formulario, debo consultar con el médico o con un miembro del personal médico para recibir ayuda. Esta información es verdadera y exacta según mi conocimiento.

Firma del paciente: _____ Fecha: ____/____/____