

**FAMILY FOOT CENTER
728 N. EUCLID AVE.
ONTARIO, CA 91762
(909) 984-5614**

INFORMACION DEL PACIENTE FECHA _____

NOMBRE: _____ FECHA DE NACIMIENTO _____

DOMICILIO: _____ APT# _____

CIUDAD: _____ ZONA POSTAL: _____

TELEFONO () _____ - _____ CELLULAR/MENSAJE: () _____ - _____

SEGURO SOCIAL _____ SEXO: F M

ESTATURA: _____ PESO: _____

ESTADO CIVIL: CASADO/A SOLTERO/A DIVORCIADO/A VIUDO/A

CUAL ES SU PROBLEMA PRINCIPAL DEL PIE? _____

QUIEN ES SU DOCTOR FAMILIAR? _____

TELEFONO () _____ - _____

QUIEN LO REFIRIO A NUESTRA OFICINA? _____

INFORMACION DEL PACIENTE OR GUARDIAN RESPONSABLE

PERSONA RESPONSABLE POR EL PACIENTE: _____

RELACION AL PACIENTE: _____

NOMBRE Y DIRECCION DE TRABAJO: _____

TELEFONO DE TRABAJO () _____ - _____ OCUPACION: _____

NOMBRE DE ASEGURANZA: _____ NUMERO DE ID: _____

NUMERO DE GRUPO/POLISA: _____

SEGUNDA ASEGURANZA: _____

(LADO REVERSO)

(ΓΥΝΟ ΒΕΛΕΒΟ)

INFORMACION MEDICA

SI NO

ESTA EN BUENA SALUD? () ()

ESTA BAJO TRATAMIENTO DE UN DOCTOR? SI QUAL? () ()

ESTA SUJETO A SANGRAR DEMACIADO? () ()

TIENE DIABETIS? () ()

ESTA TOMANDO MEDICINAS? SI, QUALES? () ()

TIENE ALERGIA ALGUNA MEDICINA? COMO DEMEROL, PENICILINA, CODINA, IODINE, ASPIRINA, NOVACAINE, SINTA DE PEGAR, CORTISON, O OTRO PROBLEMA? SI, QUAL? () ()

A TENIDO UNA ENFERMEDAD GRAVE O OPERACION SERIA? SI QUAL? () ()

A SIDO TRATADO POR PROBLEMAS DE CORAZON, ASMA, EPILEPCIA, FIEBRE REUMATICA, ALTA PRESION, INFLAMACION DE VENAS, ANEMIA, HIGADO O RINONES? O OTRO PROBLEMA? SI, QUAL? () ()

AUTORIZO DE TRATAMIENTO Y ASSIGNACION DE ASEGURANZA

POR ESTE MEDIO CONSIENTO Y AUTORIZO TODA CLASE DE EXAMENES, RAYOS-X, Y PRUEBAS DE LABORATORIO QUE SE CONSIDEREN NECESARIAS EN LA OPINION DEL MEDICO PARA PROPOSITOS DIAGNOSTICOS. SOLICITO QUE LOS PAGOS PROVENIENTES DE MI ASEGURANSA, SEAN ENVIADOS DIRECTAMENTE A **FAMILY FOOT CENTER** Y AURTORIZO QUE SE PROPORCIONE LA INFORMACION NECESARIA SOBRE MI ESTADO MEDICO PARA DETERMINAR DICHS BENEFICIOS. ENTIENDO QUE SOY RESPONSIBLE DE PAGAR LOS COSTOS A **FAMILY FOOT CENTER** POR LOS GASTOS QUE NO SEAN CUBIERTOS POR MI ASEGURANSA.

FIRMA DEL PACIENTE (FIRMA DEL PADRE/MADRE O GUARDIAN DEL PACIENTE)