

**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)**