

DR. D.W FALKNOR, D.P.M
REGISTRACION PARA NUEVOS PACIENTES

INFORMACION DEL PACIENTE:

Fecha: _____ *fecha de nacimiento:* _____ *Edad:* _____

Nombre: _____
Primer nombre *Segundo* *Apellido*

Direccion: _____
postal *Calle* *Apt#* *Ciudad* *Estado* *Codigo*

Telefono de casa: (____) _____ *Cell:(____)* _____

S.S#: _____ *Sexo* *M* _____ *F* _____

Empleador: _____ *Ocupacion* _____ *# de Empleo :(____)* _____

Trabaja: _____ *T/C* _____ *M/T* _____ *Retirado* _____ *Estudiante*

Estado marital: _____ *Casa* _____ *Soltero* _____ *Viudo* _____ *Divorciado*

Talla de Zapato: _____ *Peso:* _____ *Altura:* _____

Pharmacia: _____ *Numero de telefono: (____)* _____

Contacto de emergencia: _____ *Relacion:* _____

Telefono de dia: (____) _____ *Telefono de noche: (____)* _____

DR. D.W FALKNOR, D.P.M
Historia medica del paciente

MOTIVO DE SU VISITA:

Por favor describa su problema empezando con el mas importante

Problema #1: _____

Problema #2: _____

Problema #3: _____

En la escala de 0-10 por favor describa su dolor _____

Tipo del dolor: __ Nada __ Poco __ Moderado __ Fuerte __ Severo

Donde le duele: _____

Por cuanto tiempo: _____

Se empeora con: _____

Se mejora con: _____

Description de dolor: __ Agudo __ Pulsante __ Cortante __ Comezon

__ Ardor __ Adolorido __ Tenderness __ Minimo __ Sensible

__ Adormecido __ Otro, Explique _____

Sintomas asociados: _____

Medicamentos:

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

6. _____

7. _____

8. _____

9. _____

10. _____

11. _____

12. _____

13. _____

14. _____

DR. D.W. FALKNOR, D.P.M
Continuacion de la Historia Medica del paciente

Usted tiene o ha sido tratado por:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Derrame | <input type="checkbox"/> Ataque cardiaco |
| <input type="checkbox"/> Inflamacion de las venas | <input type="checkbox"/> Vascular Disease |
| <input type="checkbox"/> Condicion del corazon | <input type="checkbox"/> Pesion alta |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Problemas circulatorios |
| <input type="checkbox"/> Diabetis | <input type="checkbox"/> Enfermedad de los riñones |
| <input type="checkbox"/> Cicatrices | <input type="checkbox"/> Ojos: Glaucoma/cataratas |
| <input type="checkbox"/> Gota | <input type="checkbox"/> Osteoporosis |
| <input type="checkbox"/> Dolor de espalda | <input type="checkbox"/> Convulciones |
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza |
| <input type="checkbox"/> Epilepsia | <input type="checkbox"/> Desorden nervioso |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Enfermedad de los pulmones |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Enfermedad del higado |
| <input type="checkbox"/> Vesicula Biliar | <input type="checkbox"/> Alzheimer's Disease |
| <input type="checkbox"/> Perdida de peso inexplicable | <input type="checkbox"/> Fiebre reumatica |
| <input type="checkbox"/> Cancer | <input type="checkbox"/> Perdida auditiva |
| <input type="checkbox"/> Ulceras en el estomago | <input type="checkbox"/> Desorden psiquiatrico |
| <input type="checkbox"/> Colesterol Alto | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> Hinchazon de los pies | <input type="checkbox"/> Tiroides |
| <input type="checkbox"/> NONE of these | |

Alergias o reacciones:

- | | |
|----------|----------|
| 1. _____ | 2. _____ |
| 3. _____ | 4. _____ |
| 5. _____ | 5. _____ |

CIRUJIAS:

- | | |
|----------|--------------------------|
| 1. _____ | Dia de la cirujia: _____ |
| 2. _____ | Dia de la cirujia: _____ |
| 3. _____ | Dia de la cirujia: _____ |
| 4. _____ | Dia de la cirujia: _____ |

DR. D.W. FALKNOR
Continuacion de la Historia Medica del paciente

Ha sido hospitalizado o ha estado bajo cuidado medico por mas de 24 horas en los ultimos cinco años? Si/No

Si su respuesta es Si, porfavor escriba la fecha: _____

Historia Familiar:

Por favor escriba culaquier condicion medica que usted sepa acerca de su familia y si aun viven o si ya fallecieron.

Padre: _____

Madre: _____

Abuelo Paterno: _____

Abuela Paterna: _____

Abuelo Materno: _____

Abuela Materna: _____

Cuantos hijos tiene? _____ # Hijos _____ # Hijas _____

Esta embarazada? ___ Si ___ No

Cuantos hermanos tiene? _____ Hermanos _____ Hermanas

Historia social:

Fuma? ___ Si ___ No

Alguna vez ha fumado? ___ Si ___ No

(Si su respuesta es si Cuando dejo de fumar?)

Toma cafeina (café ,tea o sodas)? ___ Si ___ No

DR. D.W. FALKNOR
Continuacion de la Historia Medica del Paciente

Cual es su estado marital? _____

Esta trabajando? _____

Hace ejercicio? __Si __No

Viaja? __Si __No

Usa drogas(recreacionales)? __Si __No

Esta sexuamente activo ? __Si __No

Revision de sistemas

Por favor marque si usted padece de alguna de las siguientes condiciones:

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Fiebre | <input type="checkbox"/> Herida | <input type="checkbox"/> Perdida auditiva |
| <input type="checkbox"/> Suda de noche | <input type="checkbox"/> Escurrecimiento nasal | <input type="checkbox"/> Cambios en la voz |
| <input type="checkbox"/> Fatiga | <input type="checkbox"/> Picason en la garganta | <input type="checkbox"/> Ruidos en los oidos |
| <input type="checkbox"/> Perdida de peso | <input type="checkbox"/> Comezon en los ojos | <input type="checkbox"/> Ojos rojos |
| <input type="checkbox"/> Ha subido de peso | <input type="checkbox"/> Oidos tapados | <input type="checkbox"/> Cataratas |
| <input type="checkbox"/> Perdida de apetito | <input type="checkbox"/> Congestion nasal | <input type="checkbox"/> Glaucoma |
| <input type="checkbox"/> Insomnia | <input type="checkbox"/> Sensibilidad del craneo | |
| <input type="checkbox"/> Debilidad | <input type="checkbox"/> Boca seca | <input type="checkbox"/> Cambios en la vision |
| <input type="checkbox"/> Ronchas | <input type="checkbox"/> Debilidad de | <input type="checkbox"/> Ojos resecos |
| <input type="checkbox"/> Llagas | <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza | <input type="checkbox"/> Vision borrosa |
| <input type="checkbox"/> Raynaud's | <input type="checkbox"/> Infeccion de garganta | |
| <input type="checkbox"/> Alopecia | <input type="checkbox"/> Congestion nasal | <input type="checkbox"/> Perdida de la vista |
| <input type="checkbox"/> Comezon | <input type="checkbox"/> Estornudos | <input type="checkbox"/> Cirujia de los ojos |
| <input type="checkbox"/> Infeccion | <input type="checkbox"/> garganta adolorida | <input type="checkbox"/> Intolerancia al frio |
| <input type="checkbox"/> Cambios en lunares | <input type="checkbox"/> Resfriado | <input type="checkbox"/> Sudor exesivo |
| <input type="checkbox"/> Callos | <input type="checkbox"/> Tos <input type="checkbox"/> Excessive | <input type="checkbox"/> Sed |
| <input type="checkbox"/> Uñas deformes | <input type="checkbox"/> Sangrado nasal | <input type="checkbox"/> Intolerancia al calor |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad del higado | <input type="checkbox"/> Dolor en el pecho | <input type="checkbox"/> tos cronica |
| <input type="checkbox"/> Dificultad para respirar | <input type="checkbox"/> Bronquitis | <input type="checkbox"/> Palpitaciones |
| <input type="checkbox"/> Hinchazon de piernas | <input type="checkbox"/> Mareos | <input type="checkbox"/> Problemas con la vision |
| <input type="checkbox"/> Falla del corazon | <input type="checkbox"/> Problemas en las valvulas del Corazon | |

DR. D.W. FALKNOR

Continuacion de la historia Medica del Paciente

- Pulso irregular
- Marca pasos
- Hinchazon de tobillos y pies
- Ascots
- Ulcera/Gastritis
- Diverculosis
- Agruras
- Vomito
- Diarrea
- Dificultad al tragar
- Dolor abdominal
- Constipacion
- Cambios
- Sangrado en el escremento
- Glandulas inflamadas
- Inflamacion de coyunturas
- Dolor en las coyunturas
- Infeccion en los riñones
- Niveles altos de estres
- Dolor de espalda
- Falra de sueño
- Intencion de suicidio
- Desorden alimenticio
- Ataques de panico
- Multiple sclerosis
- Osteopenia
- Parkinson
- Problemas de balance
- Adormecimiento
- Adormecimiento
- Debilidad
- Problemas al caminar
- Tremor __
- Restless leg symptoms
- Neuropatia
- Perdida de memoria
- Ataques
- Dolor al orinar
- Sangre en el orin
- Orino frecuentemente
- Incontinencia Urinaria
- Infecciones de urinarias frecuentes
- Nocturia __
- Piedras en los riñones
- Enrojecimiento de las coyunturas
- Deprecion
- Debilidad muscular
- Dolor muscular
- Fracturas
- Torceduras
- Inflamacion en los tendons
- Fibromyalgia
- Derrame cerebral

AUTORIZACION PARA DAR INFORMACION

Seccion A: Debe completar por todas las autorizaciones

Yo autorizo _____ (nombre del Doctor o practica) y/o a su grupo de dar mi informacion de salud individual como se describe abajo. Yo entiendo que esta autorizacion es voluntaria. Y entiendo que la informacion siguiente a revelar esta autorizacion puede estar sujeta a revelarse por la persona del recipiente y puede no estar protegida por la Ley Federal y Estatal.

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Personas/ organización(es) que reciben esta informacion: _____

Descripcion especifica de la informacion a ser usada o revelada (incluyendo fechas):

Seccion B: Debe ser completada solamente si un plan de salud o un proveedor del cuidado de la salud a requerido la autorizacion.

1. El plan de salud o el proveedor del cuidado de la salud debe completar lo siguiente:

a. Cual es el proposito del uso o la revelacion: _____

(ningun proposito necesita ser estatado si el requerimiento es hecho por el paciente y el paciente no desea estatado el proposito)

b. Requerira el plan de salud o el proveedor del cuidado de la salud la autorizacion a recibir finanzas o un tipo de compensacion en cambio por usar o revelar la informacion de salud descrita arriba? Si ___ No ___

2. El paciente o el representante del paciente debe leer y poner sus iniciales en los siguientes parrafos:

a. Yo entiendo que mi cuidado de salud y el pago por el cuidado de mi salud no afectara si yo no firmo esta forma. Iniciales: _____

b. Yo entiendo que puedo ver y copiar la informacion descrita en esta forma si yo pregunto y que yo recibire una copia de esta forma despues de de haberla firmado.

Iniciales: _____

Seccion C: Debe de ser llenada por todas las autorizaciones

El paciente o los representantes del paciente debem leer y poner iniciales en los siguientes parrafos.

1. Yo entiendo que esta autorizacion va a expirar en ___/___/___ (DD/MM/AA)

2. Yo entiendo que puedo revokar esta autorizacion en cualquier tiempo notificando:

_____ [ponga el nombre de la practica] escrito , pero si lo hago no voy a tener ningun afecto sobre ninguna accion de ninguna accion tomada anted de recibir la revocacion . Iniciales: _____

_____ [ponga el nombre del doctor o la practica] no va a poner condiciones en mi tratamiento aunque yo haya proveido autorizacion para el uso

requerido o revelacion excepto (1) si mi tratamiento es relacionado en busquedas, o (2) servicios del cuidado medico son proveidos a mi solemnemente con el proposito de crear una informacion de salud protegida para revelarlas a terceras personas.

El uso o revelacion requerida bajo esta autorizacion resultara en una remuneracion directa o indirecta a mi Doctor de una tercera persona. **[Si es aplicable porque la autorizacion es obtenida para propositos de mercadeo.]**

Firma del paciente o representante del paciente
(la forma debe de ser completada antes de firmarla.)

Fecha

Nombre del representante del paciente (si es aplicable): _____

Relacion al paciente (si es aplicable): _____

*** USTED PUEDE REUSARSE A FIRMAR ESTA AUTORIZACION***

DR. DONALD W. FALKNOR

7737 S.W. Freeway, suite 500
Houston, Texas 77074
Telephone (713) 981-4448
Fax No. (713) 981-4490

Debido a muchos cambios en las polizas de seguros medicos, nos es muy dificil interpretar cada poliza individualmente (esto incluye HMO's y PPO's). De cualquier manera nosotros hacemos todo lo posible de conocer todos estos cambios, aunque no es siempre posible. Si un procedimiento o servicio es realizado que no es cubierto, usted sera responsable por ese cargo. Le suplicamos al paciente, que porfavor verifique sus beneficios antes de cualquier propuesta de cirugia, rayos equis, inyecciones, etc.

Muchas compañías de seguros medicos excluyen particulares diagnosticos o servicios. Uno de estos no usualmente cubierto es "la rutina del cuidado de los pies", cortar uñas, rebajar los callos y poner parches en los pies. **CUALQUIER SERVICIO EXCLUIDO SERA COLECTADO AL TIEMPO QUE EL SERVICIO A SIDO PROVEIDO.**

Antes de cualquier servicio, la oficina tratara de obtener los beneficios que le cubren. Esto no es una garantia que su seguro pagara, no es sino hasta que la compañía de seguros actualmente procesa el reclamo(s) que esta oficina sabe su responsabilidad financiera total.

PORFAVOR RECUERDE QUE SU POLIZA DE SEGURO MEDICO ES ENTRE USTED Y LA COMPAÑIA DE ASEGURANZA. NO ENTRE "MEMORIAL SOUTHWEST FOOT CENTER" Y SU COMPAÑIA DE SEGURO.

PORFAVOR VERIFIQUE LO SIGUIENTE:

Nombre de la persona que que esta encargado(a) del Seguro Medico? _____

Fecha de Nacimiento de EL/ELLA. _____

Tiene otro Seguro Medico? _____

Si es asi Nombre del segundo Seguro Medico? _____

Nombre del Paciente: _____ Fecha : _____

Sinceramente,
Memorial Southwest foot center

Firma del Paciente

Fecha:

CONOCIMIENTO DE RECIVO

DE

LA NOTA DE PARACTICAS PRIVADAS

Yo reconozco que fui proveido con una copia de la Nota de Practicas Privadas y que la he leído (o he tenido la oportunidad de leerlo si lo deseo) y he entendido la Nota.

Nombre del paciente

Fecha

Nombre del pariente o representante autorizado
(si se aplica)

Firma

Si necesitamos contactarnos con usted,
Le podemos llamar a:

Podemos dejar mensaje:

_____ Casa

_____ Si o No _____

_____ Trabajo

_____ Si o No _____

_____ celular

_____ Si o No _____

Firma del Paciente

Dr. D.W Falknor, D.P.M 7737 S.W. Freeway, Suite 500 Houston, Tx. 77074
Telefono: (713) 981-4448