

**Dr. Efren "Buff" De La Rosa
Podiatría**

FORMULARIO DEL REGISTRO DEL PACIENTE

PACIENTE

Apellido _____

Nombre _____

Dirección _____

Ciudad _____

Estado/Zona _____

Tel del hogar _____

Tel. del trabajo _____

Fecha _____

Fecha de nacimiento _____

Num. Seguro social _____

Empleador _____

Occupación _____

Referido por _____

En caso de

emergencia _____

PARTE RESPONSABLE (persona responsable por el pago de los cobros ?)

****NECESITAMOS LA INFORMACION COMPLETA ****

Apellido _____

Nombre _____

Dirección _____

Ciudad _____

Estado/Zona _____

Tel. del hogar _____

Tel. del trabajo _____

Fecha de nacimiento _____

Num. Seguro social _____

Empleador _____

Dirección _____

Ciudad _____

Estado/Zona _____

Relación al

Paciente _____

ASEGURANSA PRIMARIA

Nombre de aseguransa _____

Dirección _____

Ciudad _____

Estado/Zona _____

Num. de telefono _____

Num. de identificación _____

ASEGURANSA SECUNDARIA

Nombre de aseguransa _____

Dirección _____

Ciudad _____

Estado/Zona _____

Num. de telefono _____

Num. de identificación _____

POLICA DE PAGO:

Todos los servicios proporcionados son la responsabilidad de el paciente o el guardian de el pacient. El paciente es responsable por la cuenta aun cuanto el paciente o el guardian de el pacient tiene aseguransa.

AUTORIZO TRANSMITIR CUALQUIER INFORMACION MEDICA NECESSARIO PARA ACTUAL EN LA PEDICION DE RECLAMO PRESENTE. AUTORIZO EL PAGO DIRECTO AL MEDICO QUE PRESTO LOS SERVICIOS DETALLADOS EN EL FORMULARIO DE RECLAMO ADJUNTO

Firma del paciente _____

Efren De La Rosa, DPM

Informacion Medica

Informacion General

Nombre del Paciente _____ Edad _____

Sexo _ F _ M Esta usted embarazada? _____ Si lo esta, cuantos meses tiene? _____

Historia Medica

Ultimo Examen Fisico _____

Doctor Particular _____

Hospitalizaciones/Cirugias _____

Medicamento Que ha Tornado/Esta Tomando:

Alergias a Medicinas _____

Recientemente A Perdido Peso _____

Hemorragias _____

Problemas con Cicatrizacion _____

Ulceras en el Estomago _____

Enfermedades del Corazon _____

Artritis _____

Alta Presion _____

Enfermedades de Los Pulmones _____

Enfermedades del Rinon/Higado _____

Diabetes _____

Inplantaciones de la conyonturas _____

Problemas de Circulacion _____

Positivo al Virus del Sida _____

Fuma _____ Cuanto _____

Toma Bebidas Alcolicas _____

Usado Drogas Illegales Pasado/Presente _____

Otras Enfermedades _____

Historia Medica de su Familiares _____

Informacion Tomada Por _____

Fecha _____

Su Problema del Pie:

Quando o Cuanto Tiempo _____

Tipo de Dolor _____

Tratamiento Anterior _____

Relacionado con el Trabajo _____

Quien recomendo a nuestra oficina o como

supo de nosotros _____

Revisada por El Doctor (iniciales) _____

ACUERDO CONDICIONES DE TRATAMIENTO

Este es un acuerdo entre el Dr. Efren De La Rosa y mio, estando de mutuo acuerdo con lo convenido y aceptando las condiciones, bajo las cuales doy pleno consentimiento para el tratamiento de mis pies y/o tobillos.

Estoy en pleno conocimiento que el Dr. De La Rosa usara sus conocimientos y mayor juicio para optimizer los resultados de mi tratamiento. Sin embargo el Dr. De La Rosa no podria comprometerse a garantizarle que obtendra el mejor resultado si complicaciones ilegasen a sucitarse. Tambien le hace de su conocimiento que el tiempo de su recuperacion de su cirugia y tratamiento pueda variar pues va dependiendo de las circunstancias y salud de cada paciente. Los resultados de cada cirugia y tratamiento son medios de acuerdo a casos similares ya previamente vistos y cada caso pudiera ser distinto.

Por mi parte, me comprometo con el Dr. De La Rosa y con sus asistentes de seguir las instrucciones incluyendo las terapieas concernientes al cuidado de mis pies y/o tobillos. En caso de no seguir con lo previamente establecido, estoy en pleno conocimiento que podria afectar seriamente mi salud y que siento asi, la responsibilidad del Dr. De La Rosa y sus asistentes queda nulificada.

Firma del Paciente _____ Fecha _____

Testigo _____ Fecha _____