

MORRIS M. PRIGOFF, D.P.M., F.A.C.F.A.S.
CHRIS BOWERS, D.P.M.
2909 SOUTH HAMPTON, SUITE B-102
DALLAS, TEXAS 75224

INFORMACION DEL PACIENTE: (LETRA DE MOLDE)

APELLIDO: _____ NOMBRE: _____ :INICIAL: __

DIRECCION: _____ CIUDAD: _____ ESTADO: _____ ZIP: _____

TELEFONO: _____ CELLULAR# _____ TRABAJO# _____

SEGURO SOCIAL# _____ # LICENCIA: _____ EMAIL: _____
FECHA DE NACIMIENTO: ___ EDAD: ___ SEXO ___ SOLTERO/CASADO/DIVORCIADO

NOMBRE DEL TRABAJO/COMPANIA: _____ OCUPACION: _____
DIRECCION DEL TRABAJO: _____ ANOS DE SERVICIO: _____

NOMBRE DE SU ESPOSO (A): _____ NOMBRE DEL TRABAJO: _____
DIRECCION DEL TRABAJO: _____ TELEFONO: _____

RECOMENDADO POR: _____ NOMBRE DE SU MEDICO: _____
TELEFONO DE SU DR./MEDICO: # _____ DIRECCION: _____
Fecha de su ultimo examen medico? _____
Podiamos llamar a su doctor para mas informacion de su salud? SI ___ NO ___
Nombre de su farmacia? _____ Telefono: # _____

PERSONA RESPONSABLE DE LA CUENTA:

NOMBRE: _____ RELACION CON EL PACIENTE: _____
DIRECCION: _____ TELEFONO (CASA): _____
NOMBRE DEL TRABAJO: _____ OCUPACION: _____
DIRECCION DE SU TRABAJO: _____ TELEFONO: _____
MOBIL /CELULAR # _____ EMAIL: _____

INFORMACION DE SU ASEGURANZA:

NOMBRE DE SU COMPANIA: _____ SEGURO SOCIAL # ___ - ___ - ___
NUMERO DEL GRUPO: # _____ NUMERO/LETRA DE SEGURO: # _____
DIRECCION DEL SEGURO: _____ CIUDAD: _____ ZIP: _____

SEGUNDA COMPANIA DE SEGUROS: _____ GRUPO: _____
NUMERO: _____
DIRECCION: _____ CIUDAD: _____ ZIP _____
NOMBRE DEL ASEGURADO (A): _____
SEGURO SOCIAL# _____ - ___ - _____

HISTORIA MEDICA: Esta informacion es muy importante para su salud.

Cual es el problema de sus pies? _____

Cuanto tiempo tiene con este problema? DIAS _____ SEMANAS _____ ANOS _____

Ha tenido problemas con sus pies? SI _____ NO _____

Ha tenido operaciones? SI _____ NO _____ Nombre/tipo de la operacion?

Ha tenido operaciones de los pies? SI _____ NO _____

FECHA/ANOS: _____

Talla de pie: _____ Peso in libre: _____ Altura: _____

Ha tenido **REACCION ALERGICAS** a medicinas?

ANTIBIOTICOS?	_____	VITAMINAS?	_____
PENICILINA?	_____	YIERBAS?	_____
SULFAS?	_____	YODO?	_____
CORTISONA?	_____	BANDAS ADHESIVAS?	_____

Ha tenido problemas con aspirina (ADVIL, MOTRIN)? SI _____ NO _____

Ha tenido problemas con anestecia local? SI _____ NO _____

Toma alguna medicina? SI _____ NO _____

Nombre de las medicinas: _____

Tiene **Diabetes**? SI _____ NO _____ Cuantas anos ha tenido Diabetes? _____

Estas tomando insulina? SI _____ NO _____ Cuanto tomas por dia? _____

Ha tenido graves problemas u operaciones? SI _____ NO _____

Lista de
operaciones: _____

Fechas de operaciones:

Esta usted bajo cuidado de un Dr./Medico? SI _____ NO _____

Por que? _____

Acepta usted que se proporcionen sus datos medicos a otros doctores? SI _____ NO _____
Esto se refiere a su estado de salud, como diabetes, alta presion, y tambien incluye enfermedades venereas, (sifilis,gonorrea, sida) mas cualquier otra condicion medica que este presente.

SI _____ NO _____ FECHA: ____/____/_____

FIRMA: _____

MARQUE () cualquiera si ha tenido los siguientes problemas:

- | | | |
|-----------------|-------------------------|-------------------------------|
| () Corazon | () Ulceras estomacales | () Tuberculosis |
| () Circulacion | () Hormonales | () Fiebre reumatica |
| () Artritis | () Anemia | () Hgado |
| () Rinones | () Vejiga | () Epilepsia |
| () Pulmones | () Alta presion | () Perdida de peso |
| () Cancer | () Piel | () Infecciones |
| () Asma | () Gota | () Curacion lenta de heridas |
| () Intestinos | () Neurologicos | |

Tiene Usted articulaciones artificiales? SI _____ NO _____
CADERAS? SI _____ NO _____
RODILLAS? SI _____ NO _____
OTRAS? SI _____ NO _____

Implante de valvula en el corazon? SI _____ NO _____

HISTORIA FAMILIAR:

MADRE: VIVE _____ FALLECIDA _____ CAUSA DE FALLECIMIENTO _____
PADRE: VIVE _____ FALLECIDA _____ CAUSA DE FALLECIMIENTO _____
HERMANO: VIVE _____ FALLECIDA _____ CAUSA DE FALLECIMIENTO _____
HERMANA: VIVE _____ FALLECIDA _____ CAUSA DE FALLECIMIENTO _____

HISTORIAL MEDICO DE SU FAMILIA:

- | | |
|---------------------------|--|
| () PROBLEMAS DEL CORAZON | () JUANETES |
| () ARTRITIS | () DEFORMACION DE LOS PIES |
| () SANGRADO EXCESIVO | () PIE PLANO |
| () NEUROLOGICOS | () PROBLEMAS DE CIRCULACION EN SU PIE |
| () EMBOLIAS | () GOTA, ASMA, EPILEPSIA |

Fumas? SI _____ NO _____

Cuantos paquetes por dia? _____#/dia

Toma bebidas alcoholicas? SI _____ NO _____

Toma una por semana? SI _____ NO _____

Toma una o dos cada dia? SI _____ NO _____

Toma mas de dos por dia? SI _____ NO _____

Realiza su trabajo:() SENTADO() PARADO() SENTADO Y PARADO
() RETIRADO

AUTORIZACION DE BENEFICIOS MEDICOS

YO, _____, AUTORIZO EL PAGO AL DR. PRIGOFF/DR. BOWERS DE LOS BENEFICIOS DE MI COMPANIA DE SEGUROS QUE DE OTRA MANERA SERIAN PAGADEROS A MI. YO ADEMAS AUTORIZO LA LIBERACION DE INFORMACION MEDICA REQUERIDA POR MI COMPANIA DE SEGUROS. UNA COPIA DE ESTA AUTORIZACION PUEDE SER USADA EN SUBSTITUCION DE LA ORIGINAL. YO AUTORIZO DE INFORMACION MEDICA, U OTRO TIPO DE INFORMACION ACERCA DE MI, PARA QUE LA LIBERE A CUALQUIER AGENCIA DE ASISTENCIA PUBLICA QUE PUEDA ESTAR AYUDANDO CON EL PAGO POR LOS SERVICIOS RENDIDOS A MI.

YO COMPRENDO QUE SOY FINANCIERAMENTE RESPONSABLE POR LOS CARGOS NO CUBIERTOS POR ESTA AUTORIZACION.

CON ESTA MISMA FIRMA AUTORIZO AL DR. PRIGOFF/DR. BOWERS DEN TRATAMIENTO MEDICO MI HIJO/HIJA.

FIRMA DE LA PERSONA AUTORIZADA

FECHA _____ RELACION AL PACIENTE: _____

“El mejor servicio esta basado en una amistad y comprension mutua entre el doctor y el paciente. Los invitamos a que discutan sus problemas con nosotros para que podamos trabajar juntos.”

~Dr. Prigoff y Dr. Bowers