



FOOT CENTER of NEW YORK
 55 EAST 124th St. NY, NY 10035
 Phone 212.410.8158
 Fax 212.410.8166

FORMA DE REGISTRO

Chart # _____

Nombre del paciente: Apellido:		Nombre:		Segundo Nombre:		<input type="checkbox"/> Sr. <input type="checkbox"/> Señora.	<input type="checkbox"/> Srta.	Estado civil (circule uno) Soltero(a) / Casado(a) / Divorciado(a) / Separado(a) / Viudo(a)		
¿Es este su nombre de soltero(a)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Si no, cuál es su nombre de soltero(a)?		(Nombre anterior):			Fecha de nacimiento: / /		Edad:	Sexo: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Numero del Edificio y Calle:			Numero de Seguro Social:			Teléfono: () Numero Mobile: () Correo Electronico: ()				
Numero de caja postal:		Ciudad:			Estado:		Zona Postal:			
Ocupación:		Empleador:				Teléfono de trabajo:				
Como supo de nuestra clinica (Por favor marque uno):				<input type="checkbox"/> El Doctor		<input type="checkbox"/> Seguro Medico		<input type="checkbox"/> Hospital		
<input type="checkbox"/> Familia	<input type="checkbox"/> Amigo	<input type="checkbox"/> Cerca de casa/de trabajo	<input type="checkbox"/> Paginas Amarillas		<input type="checkbox"/> Otro					
¿Alguien de su familia recibio tratamiento aqui?										
PRIMARY CARE PHYSICIAN NAME:										
ADDRESS:										
TELEPHONE :										
INFORMACION DE LA FARMACIA										
Pharmacy Name:			Address:				Phone no.: ()			
INFORMACION DEL SEGURO										
(Por favor entregue su tarjeta del seguro a la recepcionista.)										
Persona responsable de la cuenta:		Fecha de nacimiento:		Dirección (si es diferente):			Teléfono.:			
¿Es esta persona un paciente aqui? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No										
Ocupación:		Empleador:		Dirección de trabajo:			Teléfono del trabajo:			
¿Cubre el seguro a este paciente ? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No										
Indique por favor el seguro primario		<input type="checkbox"/> Aetna		<input type="checkbox"/> BC/BS		<input type="checkbox"/> Cigna		<input type="checkbox"/> GHI		<input type="checkbox"/> HIP
<input type="checkbox"/> 1199	<input type="checkbox"/> United Healthcare	<input type="checkbox"/> Oxford	<input type="checkbox"/> Medicaid		<input type="checkbox"/> Medicare		<input type="checkbox"/> Otro			
Nombre de la persona que esta en la poliza de seguro:		Numero de Seguro Social:		Fecha de nacimiento: / /		Grupo:		Numero de la poliza:		Co-pago: \$
Relación del paciente a la persona asegurada:			<input type="checkbox"/> Yo		<input type="checkbox"/> Esposo		<input type="checkbox"/> Niño		<input type="checkbox"/> Otro	
Nombre del seguro secundario (si fuera aplicable):			Nombre de la persona asegurada:			Grupo:		Numero de la poliza:		
Nombre de un pariente o amigo(a)				Relación al paciente:			Teléfono: ()		Teléfono del trabajo.: ()	
La información emitida fue dada al mejor conocimiento y habilidad. Yo doy consentimiento a los procedimientos y diagnósticos dado por los doctors y empleados de la clinica.										
Firma del paciente/ guardian						Fecha				



FOOT CENTER of NEW YORK
 55 EAST 124th St. NY, NY 10035
 Phone 212.410.8158
 Fax 212.410.8166

HISTORIA MÉDICA (POR FAVOR MARQUE CUALQUER CONDICIÓN ACTUAL O DEL PASADO)

Cáncer		Hinchazón de la pierna/del pie		Fracturas Especifique:		Hernia	
Diabetis		Paro cardíaco congestivo		Artritis		Ardor de estómago/reflujo	
Alta Presion		Adornimiento en la pierna/el pie		Tobillo/pie torcidos		Úlcera del estómago	
Colesterol Alto		Comezon o picazon		Artritis reumatoide		Enfermedad del higado	
Ataque del corazón		Ciática		Fibromyalgia		Pancreatitis	
Derame Cerebrar		Debilidad		Enfermedad de Neuromuscular		Asma	
Coágulos de sangre		Epilepcia		Infecciones urinarias frecuentes		Enfisema	
Pobre Circulación		Dolor de espalda, cadera/dolor de la rodilla		Enfermedad o diálisis del riñón		Ambrosias pulmonares	
VIH(HIV)		Hepatitis		Fiebre reumática		Cellulites o gangrina	
Plomo en la sangre		Poliomielitis		Depresión		Ansiedad	
Condiciones bipolar		Anormalidad de desarrollo Especifique:		Alergias:			

Qué medicamentos esta tomando ? 1. _____ 2. _____ 3. _____

Cual es su problema? _____

Duración de su problema? _____

Es el problema relacionado con un: accidente de coche Si o No O relacionado al trabajo Si o No

1. Responsabilidad financiera:

Entiendo de mi responsabilidad sobre el costo de mi servicios recibido por la clinica de los pies.

2. Aprobación del uso de la copia de autorización:

Acepto que una copia de esta autorización sea utilizada en lugar de la original.

3. Asignación de los beneficios de seguro:

Solicito que el pago del seguro médico se haga al Foot Center of New York y cualquier pago que sea recibido por mi sea reembolsado a la clinica.

4. Autorización para el lanzamiento de médico y la otra información relacionada con el paciente:

Autorizo dar informacion medica y personal relacionada a mi tratamiento medico en el Foot Center of New York.

5. Reconocimiento de la Notificacion de Practicas de Confidencialidad:

Reconozco que he recibido una copia de la Notificacion sobre Practicas de Confidencialidad y he leído (o he tenido oportunidad de leer la, si hubese desado hacerlo) y la he comprendido.

FIRMAS ORIGINALES

Firma del paciente/guardian

Fecha

Firma del testigo

Fecha

Registration Completed By _____