

Al terminar, envíe este formulario a [office@bayareapod.com](mailto:office@bayareapod.com)

También puede imprimir el formulario completado y traerlo a su cita.



## Registro de Paciente Nuevo

### Parte 1 de 2 · Información del Paciente, Seguro y Consentimientos

Por favor complete todas las secciones y escriba con letra clara. ¡Gracias!

If you prefer this form in English, please ask the front desk.

|                                             |                            |                      |
|---------------------------------------------|----------------------------|----------------------|
| Nombre Completo (Apellido, Nombre, Inicial) | Fecha de Nac. (mm/dd/aaaa) | Edad                 |
| <input type="text"/>                        | <input type="text"/>       | <input type="text"/> |

### Información del Paciente

|                                                                         |                      |                      |
|-------------------------------------------------------------------------|----------------------|----------------------|
| Nombre Preferido                                                        | Idioma Preferido     | Raza / Origen étnico |
| <input type="text"/>                                                    | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Dirección                                                               |                      |                      |
| <input type="text"/>                                                    |                      |                      |
| Ciudad                                                                  | Estado               | Código Postal        |
| <input type="text"/>                                                    | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Teléfono <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Casa | Correo Electrónico   |                      |
| <input type="text"/>                                                    | <input type="text"/> |                      |

**Contacto preferido:** ☐ Llamada ☐ Texto ☐ Correo

**Sexo:** ☐ Masculino ☐ Femenino ☐ Otro:

**¿Dejar mensajes detallados?** Buzón ☐ Sí ☐ No    Texto ☐ Sí ☐ No

### Empleo

|                      |                      |
|----------------------|----------------------|
| Empleador            | Ocupación            |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Teléfono del Trabajo | Ciudad               |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |

### Contacto de Emergencia

|                      |                            |                      |
|----------------------|----------------------------|----------------------|
| Nombre               | Parentesco con el paciente | Teléfono             |
| <input type="text"/> | <input type="text"/>       | <input type="text"/> |

Formularios completados: envíelos a [office@bayareapod.com](mailto:office@bayareapod.com) • o traiga una copia impresa a su cita

San Leandro • 13690 E. 14th Street, Suite 220, San Leandro, CA 94578 • 510.614.5633 • Fax 510.614.2286  
Orinda • 3 Santa Maria Way, Orinda, CA 94563 • 925.253.1414 • Fax 925.253.9424

## Información del Seguro Médico

### Seguro Primario

|                                |                             |                            |
|--------------------------------|-----------------------------|----------------------------|
| Compañía de Seguro             | N.º de Miembro / ID         | N.º de Grupo               |
| Nombre del Asegurado (titular) | Fecha de Nac. del Asegurado | Parentesco con el paciente |

### Seguro Secundario (si tiene)

|                                |                             |                            |
|--------------------------------|-----------------------------|----------------------------|
| Compañía de Seguro             | N.º de Miembro / ID         | N.º de Grupo               |
| Nombre del Asegurado (titular) | Fecha de Nac. del Asegurado | Parentesco con el paciente |

## ¿Cómo se enteró de nosotros?

**Nos recomendó:** ☐ Médico ☐ Internet ☐ Amigo / Familiar ☐ Otro:

Si alguien le recomendó, ¿a quién podemos agradecer?

## Autorización para Divulgar Información Médica

**Yo:** ☐ Autorizo ☐ Rehúso

Autorizo la divulgación de información médica a mi médico de cabecera o al médico que me refirió, y según sea necesario para procesar reclamaciones de seguro, incluidas las reclamaciones por beneficios de discapacidad, solicitudes de seguro y recetas. Autorizo la transmisión de información médica por fax.

|                            |       |
|----------------------------|-------|
| Firma del Paciente / Tutor | Fecha |
|----------------------------|-------|

## Reconocimiento del Aviso de Prácticas de Privacidad

Reconozco que he recibido (o tuve la oportunidad de recibir) y que he leído y entendido el Aviso de Prácticas de Privacidad.

|                            |       |
|----------------------------|-------|
| Firma del Paciente / Tutor | Fecha |
|----------------------------|-------|

### Acuerdo de Firma Electrónica

Al marcar esta casilla, acepto que escribir mi nombre en las líneas de firma de este formulario constituye mi firma electrónica y tiene el mismo efecto legal que una firma manuscrita.

Formularios completados: envíelos a [office@bayareapod.com](mailto:office@bayareapod.com) • o traiga una copia impresa a su cita

## Consentimientos y Reconocimientos

Por favor lea cada sección, ponga sus iniciales donde se indica y firme abajo.

Iniciales

### 1. Consentimiento para Tratamiento

Doy mi consentimiento y autorizo al médico (y a sus asistentes o reemplazos designados) a administrar y realizar los procedimientos que el médico considere necesarios. Autorizo al médico o a sus asistentes a diagnosticar y tratar mi afección mediante radiografías, exámenes, fotografías o inyecciones según sea necesario.

Iniciales

### 2. Consentimiento de Medios (Fotografía / Video)

Doy mi consentimiento para la toma de fotografías, filmaciones, grabaciones de video y/o audio, u otros medios para captar mi imagen o voz con los fines que el médico considere necesarios para el tratamiento de mi afección del pie y/o para fines de mercadeo. Estos medios se manejarán de acuerdo con las regulaciones de HIPAA.

Iniciales

### 3. Aceptación de Responsabilidad Financiera

Entiendo que soy responsable de la parte total o parcial de mi cuenta que no pague mi compañía de seguro. Autorizo la divulgación de la información médica necesaria para procesar reclamaciones. Acepto pagar mi copago antes de recibir tratamiento.

Iniciales

### 4. Política de Inasistencia / Cancelación

- Se requiere al menos 24 horas de aviso para cancelar. Si no puede asistir a su cita, con gusto se la reprogramamos.
- No avisar con 24 horas de anticipación resultará en un cargo administrativo no reembolsable de \$35.00 por visita. Este cargo no lo cubre el seguro.
- Si falta a 3 citas sin pagar el monto adeudado, o no se presenta dos veces, podría ser dado de baja del consultorio.

Nombre del Paciente (en letra de molde)

Firma del Paciente / Tutor

Fecha

## Aviso sobre Ortesis Personalizadas No Cubiertas

Los productos de ortesis personalizadas que ofrecemos pueden o no estar cubiertos por su plan de seguro. La cobertura varía según el plan y de un año a otro. Usted es responsable de la parte del costo que el seguro no cubra, y de entender cómo se aplica ese costo a su deducible. Puede comunicarse con su compañía de seguro para verificar la cobertura antes de comprar, o nuestro equipo puede brindarle información. En cualquier caso, la responsabilidad de pago recae en el paciente. Todas las ventas son finales y no reembolsables.

Firma del Paciente / Tutor

Fecha

### Acuerdo de Firma Electrónica

Al marcar esta casilla, acepto que escribir mi nombre en las líneas de firma de este formulario constituye mi firma electrónica y tiene el mismo efecto legal que una firma manuscrita.

Formularios completados: envíelos a [office@bayareapod.com](mailto:office@bayareapod.com) • o traiga una copia impresa a su cita

# BAY AREA PODIATRY GROUP



Surgical and Non-Surgical Foot/Ankle Care

## Registro de Paciente Nuevo

### Parte 2 de 2 • Historial Médico

Esta parte va a la sala de examen con su asistente médico.

Nombre Completo (Apellido, Nombre, Inicial)

Fecha de Nac. (mm/dd/aaaa)

Edad

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|--|--|--|

### Motivo de su Visita de Hoy

Describe el problema que lo trae hoy a nuestro consultorio

|  |
|--|
|  |
|  |

¿Cuánto tiempo lleva con este problema?

Fecha de la lesión (si aplica)

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

¿Sufrió alguna lesión? ☐ No ☐ Sí

¿Relacionada con el trabajo? ☐  
No ☐ Sí

### Describe su dolor (marque todo lo que aplique)

- |                                                     |                                           |                                                  |
|-----------------------------------------------------|-------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Sin dolor                  | <input type="checkbox"/> Agudo / punzante | <input type="checkbox"/> Dolor sordo / adolorido |
| <input type="checkbox"/> Pulsátil                   | <input type="checkbox"/> Rígido / tieso   | <input type="checkbox"/> Irradiado / "eléctrico" |
| <input type="checkbox"/> Hormigueo / adormecimiento | <input type="checkbox"/> Ardor / picazón  | <input type="checkbox"/> Otro                    |

### Califique su dolor (marque uno)

Sin dolor

|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

El peor

¿Qué ha probado para tratarlo?

|  |
|--|
|  |
|--|

¿Qué lo mejora?

¿Qué lo empeora?

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

Formularios completados: envíelos a [office@bayareapod.com](mailto:office@bayareapod.com) • o traiga una copia impresa a su cita

## Médico de Cabecera y Farmacia

Médico de Cabecera

Teléfono del Médico

Dirección del Médico

Farmacia Preferida

Teléfono de la Farmacia

¿Podemos compartir información de esta visita con su médico? ☐ Sí ☐ No

## ¿Dónde le Duele?

Encierre en un círculo o sombree las áreas donde siente dolor. Indique I (izquierdo) o D (derecho) si es necesario.



Estatura

Peso

Talla de zapato

## Medicamentos Actuales

☐ Sin medicamentos

Medicamento

Dosis / Frecuencia









Formularios completados: envíelos a [office@bayareapod.com](mailto:office@bayareapod.com) • o traiga una copia impresa a su cita

## Alergias

☐ Sin alergias conocidas

**Alergia (medicamento, alimento, ambiente)**

**Reacción**

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|  |  |
|  |  |

## Historial Médico

**Marque las afecciones que apliquen:** ☐ Ninguna de las siguientes

- |                                                      |                                                    |
|------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> SIDA / VIH                  | <input type="checkbox"/> Anemia / Cél. falciformes |
| <input type="checkbox"/> Ansiedad / Depresión        | <input type="checkbox"/> Artritis (reumatoide)     |
| <input type="checkbox"/> Asma                        | <input type="checkbox"/> Trastorno de coagulación  |
| <input type="checkbox"/> Cáncer                      | <input type="checkbox"/> Trastorno circulatorio    |
| <input type="checkbox"/> ICC (insuf. cardíaca)       | <input type="checkbox"/> Diabetes (Tipo I / II)    |
| <input type="checkbox"/> Reflujo (ERGE) / Acidez     | <input type="checkbox"/> Úlceras gástricas         |
| <input type="checkbox"/> Gota                        | <input type="checkbox"/> Problemas de audición     |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad del corazón      | <input type="checkbox"/> Infarto / Ataque cardíaco |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis / Enf. del hígado | <input type="checkbox"/> Colesterol alto           |
| <input type="checkbox"/> Hipertensión                | <input type="checkbox"/> Enfermedad renal (riñón)  |
| <input type="checkbox"/> Calambres en piernas        | <input type="checkbox"/> Enf. de Parkinson         |
| <input type="checkbox"/> Convulsiones                | <input type="checkbox"/> Estenosis espinal         |
| <input type="checkbox"/> Derrame cerebral            | <input type="checkbox"/> Enf. de la tiroides       |
| <input type="checkbox"/> Problemas de visión         | <input type="checkbox"/> Otra (abajo)              |

Si marcó Cáncer, Infarto u Otra, especifique (con fechas aproximadas)

**Formularios completados: envíelos a [office@bayareapod.com](mailto:office@bayareapod.com) • o traiga una copia impresa a su cita**

## Historial Quirúrgico

☐ Sin cirugías ni hospitalizaciones previas

**Cirugía / Hospitalización**

**Año**

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|  |  |
|  |  |

## Historial Familiar

Cáncer — ¿cuál familiar?

Trastorno circulatorio — ¿cuál familiar?

Diabetes (I / II) — ¿cuál familiar?

Derrame cerebral — ¿cuál familiar?

Enf. del corazón — ¿cuál familiar?

Otra — ¿cuál familiar?

## Historial Social

**Situación de vivienda:** ☐ Casa ☐ Apartamento ☐ Otro:

¿Con quién vive?

**¿Toma alcohol?** ☐ No ☐ Sí

Tragos por día

**¿Fuma?** ☐ Nunca ☐ Anteriormente ☐ Actualmente

Si fuma o fumaba — años fumando

Cajetillas por día

**¿Usa drogas recreativas?** ☐ No ☐ Sí

Frecuencia

**¿Posibilidad de embarazo?** ☐ No ☐ Sí ☐ No está segura

Última menstruación

Formularios completados: envíelos a [office@bayareapod.com](mailto:office@bayareapod.com) • o traiga una copia impresa a su cita