

Formulario de Registro para Nuevos Pacientes

Información del Paciente:

- Nombre Completo: _____
- Fecha de Nacimiento: _____
- Género: Masculino Femenino Otro
- Dirección: _____
- Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
- Número de Teléfono: _____
- Correo Electrónico: _____

Contacto de Emergencia:

- Nombre: _____
- Relación: _____
- Número de Teléfono: _____

Información del Seguro:

- Compañía de Seguro Primario: _____
- Número de Póliza: _____
- Número de Grupo: _____
- Nombre del Titular de la Póliza: _____
- Fecha de Nacimiento del Titular de la Póliza: _____
- Número telefónico de Titular de la Póliza: _____

Farmacia Preferida: _____

Historial Médico:

1. Motivo de la Visita: _____
2. Medicamentos Actuales:

3. Alergias: _____
4. Cirugías Previas (si las hay; con algunas complicaciones, si las hay):



Sundance Foot & Ankle

**743 N Main St, Spanish
Fork, UT 84663**

Phone: 385-225-0961

Fax: 385-448-5058

5. ¿Ha tenido alguna de las siguientes condiciones? (Marque todas las que apliquen):

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Diabetes TIPO I / TIPO II | <input type="checkbox"/> Neuropatía Periférica |
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Problemas Circulatorios |
| <input type="checkbox"/> Lesiones Previas en el Pie/Tobillo | <input type="checkbox"/> Presión Arterial Alta |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad Cardíaca | <input type="checkbox"/> Derrame Cerebral |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad Renal | <input type="checkbox"/> Enfermedad Hepática |
| <input type="checkbox"/> Asma o Problemas Respiratorios | <input type="checkbox"/> Trastornos de Tiroides |
| <input type="checkbox"/> Cáncer (Tipo: _____) | <input type="checkbox"/> Gota |
| <input type="checkbox"/> Fibromialgia | <input type="checkbox"/> Esclerosis Múltiple |
| <input type="checkbox"/> Neuropatía | <input type="checkbox"/> Trastornos Convulsivos |
| <input type="checkbox"/> Complicaciones de la anestesia | <input type="checkbox"/> Hiper movilidad de las articulaciones |
| <input type="checkbox"/> Condiciones de Piel (ej., eczema, psoriasis) | <input type="checkbox"/> Otra: |

Historial Familiar:

- ¿Alguna de las siguientes condiciones es común en su familia? (Marque todas las que apliquen, y especifique cual miembro de la familia, por ejemplo: mi abuela maternal):

- Diabetes _____
- Enfermedad Cardíaca _____
- Derrame Cerebral _____
- Presión Arterial Alta _____
- Cáncer (Tipo: _____) _____
- Enfermedad Renal _____
- Artritis _____
- Trastornos Neurológicos _____
- Otro: _____

Estilo de Vida:

- ¿Hace ejercicio regularmente? Sí No
- ¿Fuma? Sí No ¿Cuanto, si lo hace? : _____
- ¿Bebe alcohol? Sí No ¿Cuanto, si lo hace? : _____
- ¿Tomas drogas? Sí No ¿Cuanto, si lo hace? : _____

Consentimiento y Reconocimiento:

- Reconozco que la información proporcionada es precisa según mi leal saber y entender. Consiento el examen y tratamiento por parte de los especialistas en pie y tobillo.

Reconocimiento de Cargos Adicionales:

- Reconozco que cada plan de seguro es diferente y puede requerir que pague cargos adicionales de mi propio bolsillo después de mi visita de hoy. Entiendo que nuestra compañía de facturación puede contactarme para notificarme sobre cargos adicionales, como coseguro, copago o cargos aplicados a mi deducible.

Recepción de Políticas de Privacidad:

- Confirmando que he recibido una copia de las políticas de privacidad de la clínica.

Firma: _____ Fecha: _____

Uso de Oficina Solamente:

- ID del Paciente: _____
- Fecha de la Visita: _____
- Médico Asignado: _____