Practica: **Michael Rosenblum, DPM** **PODIATRA**

Nombre: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____ **Sexo:** ☐H ☐M

Dirección: _____ **Ciudad:** _____ **Estado:** _____ **CodigoPostal:** _____

Numero de Teléfono #: _____ **Cell #:** _____

E-mail: _____ **Otro Numero #:**

_____

Trabajo: _____ **El empleador:** _____

Nombre de emergencia: _____ **La Relacion** _____ **Numero de Teléfono:**

Por Favor Leer y Firma

AUTORIZACION PARA ASIGNAR BENEFICIOS Y DAR INFORMACION: **Yo certifico que yo/mi dependiente tenemos cobertura con y asignamos directamente al Dr. Michael Rosenblum todo seguro benefico, si cualquiera, de otro modo pagadero a mi para servicios rendidos. Entiendo que yo no soy financieramente responsible de todo cargo si o pagado por el seguro. Yo por la presente autorizo a Dr. Michael Rosenblum para liberar toda informacion para asegurar el pago de beneficios. Autorizo el uso de esta firma en todas sumisiones del seguro.**

AUTORIZACION de MEDICARE: **Solicito que el pago de beneficios autorizados de cuidado medico sea hecho a mi o a en mi beneficio al Dr. Michael Rosenblum para cualquier sevicio por mi doctor. Yo autorizo a cualquier poseedor de informacion medica acerca de que le de a la Administracion dela Financiacion de la Asistencia Medica (HCFA) y sus agentes cualquier informacion necesaria para determiner estos beneficios de la cuenta pagadera de beneficios para servicios relacionados. Entiendo que mi firma solicita que pagos sean echos y autorizan las liberaciones de informacion medica necesaria para pagar el reclamo. Si algun otro seguro es indicado en el articulo 9 de la forma de HCFA-1500, o en otra parte en otras formas aprovadas de reclamo o reclamos electronicamente sometidos, mi firma autoriza liberar informacion al seguro o agencia mostrada. En el cuidado medico los casos asignados, el medico/suministrador concuerdan en aceptar los cargo determinados del cuidado medico como la carga replete, y el paciente es responsible solo del deducible, co-seguro y servicios no cubiertos. Co-seguro y deducibles se basan sobre la determinacion de los cargos del partador de cuidado medico.**

HIPPA Aviso de Practicas de Privacidad: Reconozco que he leido/recibido un aviso de Practicas de Privacidad. ×_____iniciales

Historial de Medicamentos: Autorizo esta oficina de Doctor para obtener mi historial de medicamentos. ×_____iniciales

Politica Financiera: Reconozco que he leido/recibido una copia de la politica financiera. ×_____iniciales

Politica de Cancelacion de Cita: Reconozco que he leido/recibido una copia de la politica de cancelation de cita: ×_____iniciales

La información anterior es correcta y lo mejor de mi conocimiento. Tengo entendido que a lo largo de mi tratamiento, yo soy responsable de notificar al médico y/o el Personal Medico de las actualizaciones de la información anterior.
Tambien doy mi permiso al doctor para administrar y realizar los procedimientos necesarios en el diagnostico y tratamiento de mi problemas.

Firma: _____ Fecha: _____

Historia Medico

Historia Medico: ☐**NINGUNA** ☐ Anemia ☐ Asma ☐ Desordenes Sanguineos
☐ Artritis ☐ Epilepsia ☐ La Gota ☐ Ulceras en el Estomago ☐Enfermedades del corazón
☐ Hepatitis ☐ Gastritis ☐ Depresión ☐ Ansiedad ☐ Enfermedad del Igado
☐ Diabetes ☐ Colesterol ☐ Cáncer ☐ *Problemas en los rinones* ☐ Coagulo de Sangre
☐ Neuropatía ☐ Paralisis ☐ *SIDA* ☐ Enfermedad de la tiroides ☐ Presion Alta
☐ Tiene valvulas Corazón artificiales ☐ Otro_____
Está embarazada? ☐ Si ☐ No **Estas amamantando?** ☐ Si ☐ No

Procedimientos Quirúrgicos : ☐Ninguna

tipo de cirugia_____fecha_____ tipo de cirugia_____fecha_____

tipo de cirugia_____fecha_____ tipo de cirugia_____fecha_____

Historia Social

☐Fumador ☐Fuma Algunos Dias ☐Ex Fumador ☐Nunca

Abuso de Sustancias/Alcohol: ☐Si. Por favor especifique:_____

☐ Nunca he tenido un problema/abuso de sustancias/alcohol

Historia de Familia

Madre:	☐ Cancer	☐ Artritis	☐ Diabetes	☐ Enfermedades del corazón	☐Otro_____	☐Ninguno
Padre:	☐ Cancer	☐ Artritis	☐ Diabetes	☐ Enfermedades del corazón	☐Otro_____	☐Ninguno
Hermano:	☐ Cancer	☐ Artritis	☐ Diabetes	☐ Enfermedades del corazón	☐Otro_____	☐Ninguno
Hermana:	☐ Cancer	☐ Artritis	☐ Diabetes	☐ Enfermedades del corazón	☐Otro_____	☐Ninguno

Revisión de los Sistemas *(Marque la casilla si actualmente tiene alguno de los síntomas o el checó "Ninguno")*

Cardiovascular ☐dolor en las piernas cuando caminar ☐dolor en el pecho ☐ ataque al corazon ☐hinchazon ☐desmayos ☐manos o pies fríos ☐**Ninguno**

General ☐fiebre ☐fatigar ☐el malestar ☐pérdida o aumento de peso ☐el malestar ☐perdida del apetito ☐**Ninguno**

Gastrointestinal ☐dolor abdominal ☐acidez estomacal ☐nausea ☐vómitos ☐ulceras ☐estreñimiento ☐diarrea ☐**Ninguno**

Tegumentario ☐soriasis ☐anomalías de as unas ☐venas varicosas ☐cancer ☐piel seca y escamosa ☐ulcera ☐**Ninguno**

Neurológica ☐hormigueo ☐debilidad ☐convulsiones ☐entumecimiento ☐dolores de cabeza ☐temblores ☐parálisis ☐**Ninguno**

Musculo esqueléticos ☐dolor de espalda ☐debilidad muscular ☐dolor muscular ☐la ciática ☐rigidez de las articulaciones ☐dolor en las articulaciones ☐inestabilidad de la articulación ☐artritis ☐la gota ☐**Ninguno**

Medico Primario: _____ Fecha de ultima vista: _____

si usted es diabetico, **Medico Diabetico**_____ Fecha de ultima vista:_____

Farmacia: _____ Dirección de Farmacia: _____

MIPS: 317 Dr. Michael Rosenblum **Nombre:**_____

Etnicidad: ☐Hispano o latino ☐No Hispano o Latino ☐ Se Negó a Especificar

Rasé: ☐Asiático ☐Indio Americano o nativo de Alaska ☐Negro o Africano Americano

☐Blanco ☐Isleño Hawaiano pacificó nativo ☐Se Negó Especificar

Idioma Preferido: _____ ☐ Se Negó Especificar

Preferencias de información de privacidad

Quiere ser excluido de la información publica? ☐Si ☐No Podemos enviar correo a su casa? ☐Si ☐No

Podemos llamar al número de teléfono en el archivo ☐Si ☐No Podemos dejar un mensaje ☐Si ☐No

Va a permitir use le enviemos la entrega basada en internet de recordatorios y boletines ☐Si ☐No

En caso afirmativo por favor proporcione su email: _____

Con quien podemos dejar un mensaje? ☐Esposa ☐Esposo ☐Hija ☐Hijo ☐Otro: _____

Nombre(s):_____

Signo Vitales

Presión arterial: _____ / _____ Altura: _____ Peso: _____

numero de zapato: _____ ☐ regular ☐W ☐XW

Medicamentos Actuales

☐ Ninguna Yo tomo los siguientes medicamentos:

Nombre:_____ Nombre:_____

Nombre:_____ Nombre:_____

Nombre:_____ Nombre:_____

Nombre:_____ Nombre:_____

Alergias

☐ Alergias no conocidas ☐ Sin alergias medicamentosas

Nombre: _____ Reacción:_____ Nombre: _____ Reacción:_____

Nombre: _____ Reacción:_____ Nombre: _____ Reacción:_____

Ultima vacuna contra la gripe:_____ **¿Ha recibido una vacuna contra la neumonía?☐Si ☐No**

¿Se ha caído en los últimos 12 meses? ☐Si ☐No ¿Fue herido por la caída ? ? ☐Si ☐No

¿Ha completado cualquier Directivas Avanzada? ☐Si ☐No

Como te enteraste sobre nuestra oficina? ☐ Doctor ☐ Internet ☐ compania de seguro ☐ Familia ☐ Amigo

☐ Otro: _____

Cuál es la razón de su visita? _____

Resultado de un accidente o trabajo? ☐Si ☐No

Desde cuando tiene la molestia? 1 2 3 4 5 6 7 ☐ días ☐ semanas ☐ meses ☐ años

Cuál es su nivel de dolor (1no tiene dolor y 10 es terrible) ___/10

Calidad del dolor es: ☐siempre ☐agudo ☐punzante ☐hormigueo ☐Otro:_____