



## Información del Paciente

17822 Beach Blvd Suite 407  
Huntington Beach, Ca, 92647

### Paciente Informacion

Fecha \_\_\_\_\_  
Nombre \_\_\_\_\_  
Teléfono(        ) \_\_\_\_\_  
Sexo M\_\_F\_\_  
Fecha de Nacimiento (mes/dia/año) \_\_\_\_\_  
# de S.Social \_\_\_\_\_ # de Lic. de Manejar \_\_\_\_\_  
Nino/a\_\_ Soltero/a\_\_ Casado/a\_\_ Viudo/a\_\_ Separado/a\_\_ Divorciado/a\_\_  
Direccion \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Codigo \_\_\_\_\_  
Donde trabaja? \_\_\_\_\_ Ocupacion \_\_\_\_\_  
Nombre de la Seguridad \_\_\_\_\_ # de \_\_\_\_\_  
El motivo de tu visita: \_\_\_\_\_

### Numero de Telefono

Teléfono \_\_\_\_\_  
En caso de emergencia, a quien le podemos llamar? \_\_\_\_\_  
# de Telefono (        ) \_\_\_\_\_ Parentezco \_\_\_\_\_

### Historial Médico

Marque si tiene o ha tenido algo de lo siguiente: \_\_\_\_\_

<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> Tratamiento de cortisone	<input type="checkbox"/> Hepatitis
<input type="checkbox"/> Falta de aliento	<input type="checkbox"/> Artritis Reumas	<input type="checkbox"/> <b>Alta Presion</b>
<input type="checkbox"/> Salpullido en la piel	<input type="checkbox"/> <b>Baja Presion</b>	<input type="checkbox"/> Valvulas artificiales del Corazon
<input type="checkbox"/> <b>Diabetis</b>	<input type="checkbox"/> Sida o HIV	<input type="checkbox"/> Embolia
<input type="checkbox"/> <b>Coyonturas artificiales</b>	<input type="checkbox"/> Epilepsia	<input type="checkbox"/> Dolor de quijada
<input type="checkbox"/> <b>Pies/tobillos hinchados</b>	<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Desmayos
<input type="checkbox"/> Enfermedad de Hgado	<input type="checkbox"/> Problema de tiroides	<input type="checkbox"/> <b>Problemas de espalda</b>
<input type="checkbox"/> Glaucoma	<input type="checkbox"/> Enfermedad de Rinon	<input type="checkbox"/> Habito al Tabaco
<input type="checkbox"/> Enfermedad de la sangre	<input type="checkbox"/> Dolor de cabeza	<input type="checkbox"/> <b>gota</b>
<input type="checkbox"/> Anginas	<input type="checkbox"/> Cancer	<input type="checkbox"/> Murmullo al Corazon
<input type="checkbox"/> Tratamiento de radicion	<input type="checkbox"/> Tuberculosis	<input type="checkbox"/> Quimoterapia
<input type="checkbox"/> Problemas del corzaon	<input type="checkbox"/> Enfermedad respiratoria	<input type="checkbox"/> Ulceras
<input type="checkbox"/> <b>Problemas respiratorios</b>	<input type="checkbox"/> Hemophilia	<input type="checkbox"/> Fiebre reumatica
<input type="checkbox"/> <b>pies cansados</b>	<input type="checkbox"/> <b>calambres en los pies</b>	<input type="checkbox"/> amputaciones



## Información del Paciente

17822 Beach Blvd Suite 407  
Huntington Beach, Ca, 92647

### Historial Médico de Pie

<b>Medicamento :</b> _____ _____ _____		
<b>Farmacía:</b> _____		
<b>Cirugías:</b> _____ _____ _____		
<b>¿Has visto a un podiatra antes?</b> _____		
<b>Tienes alergias:</b>		
___ cinta adhesiva	___ anticoagulante	
___ Aspirina	___ novocaína	
___ codeína	___ Mariscos	
___ Demerol	___ Sulfa	
___ yodo(iodine)	<b>Otro?</b> _____	
<b>Marque si tiene o ha tenido algo de lo siguiente:</b> _____		
___ dolor de pie	___ dolor en el tobillo	___ dolor de
___ dolor en juanete	___ maíz y callos	___ dolor en el talón
___ calambres o entumecimiento en pies o piernas	___ pie plano	___ uña encarnada

**Entiendo y estoy de acuerdo que soy responsable de pagar odos los servicios o suministros, si mi seguro no está autorizado, denegado o si no tengo ningún seguro en el momento del servicio prestados a favor mi o mis dependientes.**

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_  
Firme \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_



## ***Información del Paciente***

17822 Beach Blvd Suite 407  
Huntington Beach, Ca, 92647

### **Aviso de prácticas de privacidad**

**Nombre de Paciente:** \_\_\_\_\_

Por la presente, autorizo el uso y la divulgación de información de salud identificable individualmente relacionada con mí, que se llama "información de salud protegida" (PHI) en virtud de una privacidad federal de salud ley, para el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica. PHI es básicamente información de salud que es identificable a un individuo y esto se transmite o mantiene en cualquier forma o medio, incluso oral, en papel o electrónico, por un proveedor de atención médica (los proveedores de atención médica incluyen a cualquier persona u organización que proporcione, pague o pague atención médica en un curso normal). de negocios. El proveedor incluye médicos y todo el personal) La PHI puede ser más que solo registros médicos y gráficos. La PHI incluye información relacionada con el tratamiento, el estado de salud, el pago e incluso la información demográfica, como el nombre, la dirección y la edad. La PHI divulgada cubrirá todos los destinos de los servicios prestados por el Dr. Swartz, en su oficina o en el hogar de los pacientes.

Entiendo y estoy de acuerdo que soy responsable de pagar odos los servicios o suministros, si mi seguro no está autorizado, denegado o si no tengo ningún seguro en el momento del servicio prestados a favor mi o mis dependientes.

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_  
Firme \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_



## ***Información del Paciente***

17822 Beach Blvd Suite 407  
Huntington Beach, Ca. 92647

- ***Autorizo y ordeno a mi compañía de seguros o programa de beneficios que brinde una copia completa y completa de los beneficios y servicios disponibles. Para mí, bajo mi plan de salud, programa y / o seguro, incluidos, entre otros, todos los términos, condiciones, limitaciones y exclusiones de la cobertura, como si hubiera solicitado dicha información***
- ***Soy financieramente responsable de cualquier visita al consultorio, servicios o suministros provistos en el momento de la visita, que no están autorizados o que se niegan por los beneficios del seguro al momento del servicio.***
- ***Autorizo y ordeno a mi aseguradora que pague los beneficios médicos directamente a mi médico.***
- ***Entiendo que si recibo un pago debido a mi médico por los cargos en los que incurri para recibir tratamiento médico, es mi responsabilidad remitirlo al DR. Swartz***
- ***Entiendo y acepto que si no coopero con mi compañía de seguros en el procesamiento de este reclamo, y se deniega el pago, soy financieramente responsable por los cargos totales.***

**Entiendo y estoy de acuerdo que soy responsable de pagar todos los servicios o suministros, si mi seguro no está autorizado, denegado o si no tengo ningún seguro en el momento del servicio prestados a favor mi o mis dependientes.**

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_  
Firme \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_