

# West Beverly Podiatry Group, Inc.

*Diseases and Surgery of the Foot and Ankle*  
wbpgfoot.com

1417 West Beverly Blvd., Suite 104  
Montebello, CA 90640  
(323) 721-6026

931 Buena Vista St., Suite 305  
Duarte, CA 91010  
(626) 447-5122

## Información del Paciente (Favor de Imprimir)

Nombre: \_\_\_\_\_ Inicial: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Sexo:  M  F

Domicilio: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Tel. Celular: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Tel. de Casa: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Tel. del Trabajo: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Referido por: Nombre: \_\_\_\_\_ Tel: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Doctor Primario: Nombre: \_\_\_\_\_ Tel: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Última Visita: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nombre de la Farmacia: \_\_\_\_\_ Teléfono: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Idioma Primario: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Estado Civil:  Soltero/a  Casado/a  Viudo/a  Divorciado/a ¿Cuántos hijos/as?: \_\_\_\_\_

Medida de calzado: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_

### Raza:

- Nativo Americano
- Asiático
- Negro o Afroamericano
- Nativo Hawaiano o Isleño del Pacífico
- Blanco

### Etnia:

- Hispano o Latino
- No Hispano o Latino
- Otro: \_\_\_\_\_

## CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA

En caso de Emergencia Llamar a: \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Parentesco con el Paciente: \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR

Nombre del Empleador: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

Domicilio del Empleador: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

# HISTORIAL MÉDICO COMPLETO

## Alergias:

- Antibióticos       Penicilina  
 Aspirina       Medicamentos de Sulfa  
 Codeína       Otras Alergias:  
 Iodo/Mariscos       NINGUNA  
 Látex

## Lista de Medicamentos Actuales:

---



---



---



---



---



---

## Por favor indique si Mamá o Papá ha tenido algunos de los siguientes:

- Artritis: Mamá o Papá       Diabetes: Mamá o Papá       Ataque Cerebral: Mamá o Papá  
 Defectos Genéticos: Mamá o Papá       Problemas de los Pies: Mamá o Papá  
 Cáncer: Mamá o Papá       Hipertensión: Mamá o Papá

¿Fuma ahora?       No       Sí      Paquetes al día \_\_\_\_\_      Años \_\_\_\_\_

¿Fumaba antes?       No       Sí      Paquetes al día \_\_\_\_\_      Años \_\_\_\_\_

¿Si dejó de fumar, cuándo lo hizo? \_\_\_\_\_

¿Bebidas Alcohólicas? (circule uno):       No       Rara vez       Moderado       Diario       Las he Dejado

¿Drogas Recreativas? (circule uno):       No       Rara vez       Moderado       Diario       Las he Dejado

## ¿Tiene o a sido tratado por:

- |   |   |  |   |
|---|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Anemia                               | <input type="checkbox"/> Epilepsia                          | <input type="checkbox"/> Deformidad en dedos del pie | <input type="checkbox"/> Enfermedad de transmisión sexual |
| <input type="checkbox"/> Esguince de tobillo                  | <input type="checkbox"/> Evas: Glaucoma/Grado manicular     | <input type="checkbox"/> Uñas encarnadas             | <input type="checkbox"/> Apnea del sueño                  |
| <input type="checkbox"/> Alzheimer                            | <input type="checkbox"/> Dolor de pie                       | <input type="checkbox"/> Cicatriz Queloide/gruesa    | <input type="checkbox"/> Ataque cerebral                  |
| <input type="checkbox"/> Artritis                             | <input type="checkbox"/> Entumecimiento del pie             | <input type="checkbox"/> Enfermedad del riñón        | <input type="checkbox"/> Ciática                          |
| <input type="checkbox"/> Dolor del arco del pie               | <input type="checkbox"/> Uñas fúngicas                      | <input type="checkbox"/> Dolor de rodilla            | <input type="checkbox"/> Abuso de sustancias              |
| <input type="checkbox"/> Pie de atleta                        | <input type="checkbox"/> Gota                               | <input type="checkbox"/> Úlceras en piernas o pies   | <input type="checkbox"/> Úlcera estomacal                 |
| <input type="checkbox"/> Problemas respiratorios              | <input type="checkbox"/> Problemas al caminar               | <input type="checkbox"/> Enfermedad del hígado       | <input type="checkbox"/> Tuberculosis                     |
| <input type="checkbox"/> Tobillo roto                         | <input type="checkbox"/> Problemas cardiacos                | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Lyme          | <input type="checkbox"/> Problema de tiroides             |
| <input type="checkbox"/> Juanetes                             | <input type="checkbox"/> Hepatitis                          | <input type="checkbox"/> Dolor de espalda baja       | <input type="checkbox"/> Pérdida de peso inexplicable     |
| <input type="checkbox"/> Calambres en piernas/pies            | <input type="checkbox"/> Paro cardiaco                      | <input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar         | <input type="checkbox"/> Verrugas                         |
| <input type="checkbox"/> Callos/Callosidad                    | <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza                  | <input type="checkbox"/> Neuroma                     | <input type="checkbox"/> Otro: _____                      |
| <input type="checkbox"/> Cáncer                               | <input type="checkbox"/> Trastorno auditivo/del oído        | <input type="checkbox"/> Trastorno de los nervios    | _____   |
| <input type="checkbox"/> Problemas en los pies de la infancia | <input type="checkbox"/> Alta presión sanguínea             | <input type="checkbox"/> Osteoporosis                | _____   |
| <input type="checkbox"/> Diarrea crónica                      | <input type="checkbox"/> VIH/SIDA                           | <input type="checkbox"/> Polio                       | <input type="checkbox"/> Ninguna de las anteriores        |
| <input type="checkbox"/> Diabetes                             | <input type="checkbox"/> Dedo del pie con una curva anormal | <input type="checkbox"/> Flebitis                    | <input type="checkbox"/> Cualquier metal o implantes      |
| <input type="checkbox"/> Orina oscura                         | <input type="checkbox"/> Dolor en el talón                  | <input type="checkbox"/> Desorden psiquiátrico       | _____   |
| <input type="checkbox"/> Dificultad para detener el sangrado  | <input type="checkbox"/> Pies de arco alto                  | <input type="checkbox"/> Erupción                    | _____   |
|   |   | <input type="checkbox"/> Fiebre reumática            | _____   |

### Lesiones

### Cirujías

### Hospitalizaciones

---



---



---



---



---

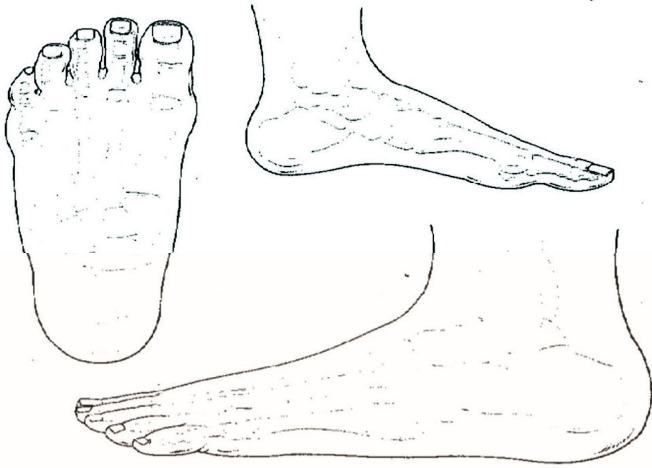


---

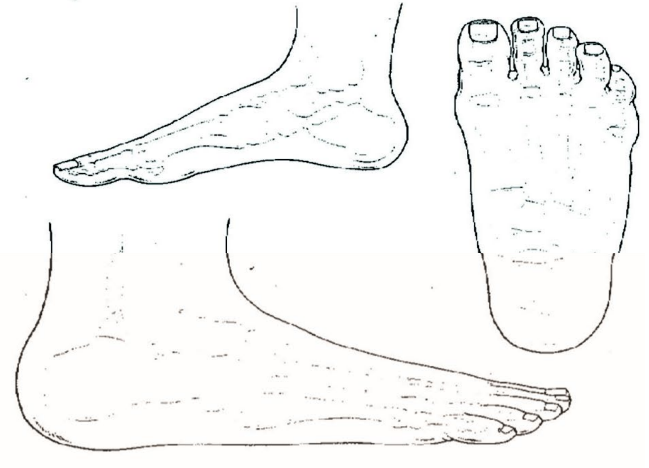
# ACTUALES QUEJAS PRINCIPALES DEL PACIENTE

Describa 1 o 2 problemas principales con mayor detalle a continuación y marque en los diagramas las áreas donde tiene cada problema usando los números 1 y 2 para identificarlos.

## PIE IZQUIERDO



## PIE DERECHO



1.) Por favor Indique el lugar de su primer problema o dolor en los diagramas de arriba con el número 1. Describa su problema a continuación y la causa si la sabe. Por favor describa el dolor asociado a continuación. Me causa dificultad:

al caminar,  al usar calzado y/o...

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Es problema relacionado al trabajo?  Sí  No

Fecha de la lesión: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Fecha reportada al empleador: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**2.) DOLOR: Por favor Indique la gravedad de su dolor o malestar:**

Ninguno  Lijero  Moderado  Fuerte  Severo

**Mi Dolor/Malestar es:**

- |                                     |   |
|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Punzante   | <input type="checkbox"/> Adolorido      |
| <input type="checkbox"/> Palpitante | <input type="checkbox"/> Sensible       |
| <input type="checkbox"/> Agudo      | <input type="checkbox"/> Leve           |
| <input type="checkbox"/> Ardor      | <input type="checkbox"/> Hormigueo      |
| <input type="checkbox"/> Picazón    | <input type="checkbox"/> Entumecimiento |

**¿Cuánto hace que comenzó el problema (dolor)?**

\_\_\_\_  días,  semanas,  meses,  años

**El dolor de mi problema ocurre:**

cuando camino y/o:  cuando no camino

y/o: \_\_\_\_\_

**Tratamiento(s) médico(s) previo(s) o remedio caseros:**

\_\_\_\_\_

1.) Por favor Indique el lugar de su primer problema o dolor en los diagramas de arriba con el número 1. Describa su problema a continuación y la causa si la sabe. Por favor describa el dolor asociado a continuación. Me causa dificultad:

al caminar,  al usar calzado y/o...

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Es problema relacionado al trabajo?  Sí  No

Fecha de la lesión: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Fecha reportada al empleador: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**2.) DOLOR: Por favor Indique la gravedad de su dolor o malestar:**

Ninguno  Lijero  Moderado  Fuerte  Severo

**Mi Dolor/Malestar es:**

- |                                     |   |
|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Punzante   | <input type="checkbox"/> Adolorido      |
| <input type="checkbox"/> Palpitante | <input type="checkbox"/> Sensible       |
| <input type="checkbox"/> Agudo      | <input type="checkbox"/> Leve           |
| <input type="checkbox"/> Ardor      | <input type="checkbox"/> Hormigueo      |
| <input type="checkbox"/> Picazón    | <input type="checkbox"/> Entumecimiento |

**¿Cuánto hace que comenzó el problema (dolor)?**

\_\_\_\_  días,  semanas,  meses,  años

**El dolor de mi problema ocurre:**

cuando camino y/o:  cuando no camino

y/o: \_\_\_\_\_

**Tratamiento(s) médico(s) previo(s) o remedio caseros:**

\_\_\_\_\_

# Nuevas Regulaciones de Privacidad del HIPAA

La ley federal, la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996, autorizó al Departamento de Salud y Servicios Humanos a adoptar nuevas reglas para proteger la privacidad del paciente.

Por lo tanto, se le notifica que la oficina de **West Beverly Podiatry Group** no revelará a ninguna persona información personal sobre usted o un miembro de su familia (es decir, nombre, dirección, número de seguro social, así como otra información de salud) sin permiso. Su información nunca se venderá ni se publicará con fines publicitarios, de solicitud o de recaudación de fondos.

Sin embargo, se entiende que dentro del ámbito de hacer negocio y con fines generales de atención al paciente, su información personal será necesaria y utilizada en el siguiente contexto:

## Registro del Paciente

- ❖ Obtener registros médicos de médicos anteriores
- ❖ Conversar con colegas para obtener opiniones/cuidado
- ❖ Seguro Médico: verificaciones, facturación en papel y por giros, (incluye transmisiones de fax)  
Seguimiento de la compañía de Seguro o interacción con los servicios de facturación relacionados con la atención al paciente
- ❖ Perseguir el cobro de facturas no pagadas
- ❖ Departamento de trabajadores de hospitales, enfermeras, auxiliares y registros médicos
- ❖ Oficiales de emergencia, paramédicos, personal de bomberos, médicos de la sala de emergencias, enfermeras o técnicos
- ❖ Personal Religioso designado
- ❖ Farmacéuticos, personal/trabajadores de programas de medicamentos
- ❖ Para completar formularios de discapacidad
- ❖ Información almacenada electrónicamente y por computadora (es decir, proveedores comerciales relacionados y personas de servicio)

*Autorizo la divulgación de esta información necesaria.*

Firma del paciente O Tutor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

---

## INFORMACIÓN DEL SEGURO MÉDICO

Seguro Médico Primario/Plan Médico: \_\_\_\_\_

Plan de Salud: \_\_\_\_\_

Número de ID del Seguro: \_\_\_\_\_ Grupo: \_\_\_\_\_

Compañía del Seguro Médico Secundario: \_\_\_\_\_

Número de ID del Seguro Secundario: \_\_\_\_\_ Grupo: \_\_\_\_\_

Garantizador Financiero: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

# **Autorización/Consentimiento para Mensajes y Tratamiento**

## **Preferencias de Contacto:**

Número(s) de Teléfono: \_\_\_\_\_

Está bien dejar mensaje con:  solo el paciente  el paciente y/o su esposa  quien conteste

Correo electrónico del Paciente: \_\_\_\_\_

- Sí, autorizo que dejen mensaje con el contacto anterior seleccionado.**  
 **NO, no autorizo que ningún tipo de información médica sea divulgada.**

Firma del Paciente O Tutor: \_\_\_\_\_

Como paciente o tutor legal, por la presente doy permiso a **West Beverly Podiatry Group** para administrar el tratamiento y realizar los procedimientos que se consideren necesarios en el diagnóstico y/o tratamiento de mi condición de pie y/o tobillo. Entiendo que cualquier saldo debido, no pagado por mi compañía de seguro, se convierte en mi responsabilidad y debe pagarse en su totalidad dentro de los 30 días posteriores a la recepción del estado de cuenta.

Firma del

Paciente o Tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## **AVISO AL CONSUMIDOR**

**Los médicos están autorizados y regulados por la Junta Médica de California**

**(800) 633-2322**

[www.mbc.ca.gov](http://www.mbc.ca.gov)