

Arch Foot Care
Devang C. Patel, P.C.
Especialista Podiatrist-Medico y Quirurgico Del Cuidado Del Pie
761 Main Avenue
Norwalk, CT 06851

FORMA DE REGISTRO PACIENTE

Apellido _____ Nombre paciente y inicial _____

Direccion de la calle _____

Ciudad, Estado, Codigo Postal _____

Numero de telefono # _____ Numero del trabajo # _____ Celula # _____

Estado Civil M S D O Empleado Si o No Estudiante: Tiempo completo o tiempo medio _____

Sexo: Varon o Hembra _____ Numero De Seguridad Social: _____

Fecha de nacimiento: _____

Patron Del Paciente _____ Direccion _____

El pariente mas cercano: _____ Numero de telefono relative: _____

Medico: _____ Referido por: _____

PARTIDO DE RESPOSIBLE PARA EL PAGO (GARANTE)

Apellido de garate: _____ Nombre garate y inicial: _____

Direccion: _____ Cuidad, Estado, y Codigo Postal _____

Patron de garate: _____ Direccion _____

Numero telephone #: _____ Numero del trabajo#: _____

Sexo: Varon o Hembra _____ Numero De Seguridad Social: _____

Fecha de nacimiento: _____

Relacion del paciente al garate: Uno mismo Esposo O Esposa Nino Otro _____

AUTORIZACION

El pago se espera a la hora de visita. Aceptamos efevtivo, cheques personales, y las tarjetas de credito importantes para su conveniencia.

Para cualquier servicio no pagado a la hora de mi visita, solicito que el pago de ventajas este hecho en mi favor directamente al abastecedor para cualesquiera servicios equipados a mi por el abastecedor. Autorizo el lazamiento de cualquier informacion de registro medica necesaria para procesar estas demandas. Seguira habiendo esta asignacion en efecto hasta revocado por mi en la escritura.

Todos los servicios profesionales rendidos se cargan al paciente. Las formas necesarias le seran dadas para apresurar el reembolso del portador de seguro. El paciente es responsable de todos los honorarios, cueste lo que cueste de la cobertura de seguro. Se espera que el pago para los servicios este hecho cuando esta rendido a menos que otras medidas se hayan tomado por adelantado.

Doy por este medio el permiso del Dr. Devang C. Patel y Dr. Anthony Babigian de examinar y de tartar los alimentos que implican mis pies.

Firma De Paciente y Guarda: _____ Fecha: _____

Nombre Del Paciente _____

Medico _____ Direccion del Medico _____

Esta usted actualmente bajo cuidado de un medico? _____

Podemos entrar en contacto con su medico para sus expedients de la salud en caso de necesidad? Si o No _____

Historia Social: Tabacco _____ Alcohol _____ Drogas recreacionales _____

Antecedentes familiars: movimiento de corazon _____ diabetes _____ gout _____ artritis _____ cancer _____

Esta usted actualmente embarazada? Si o No _____ Amamantamiento Si o No _____

Que medicaciones usted esta tomando regularmente? _____

Usted tiene alergias? _____

Cual era la reaccion? _____

Hospitalizaciones y Operaciones: _____

Usted tiene o usted tenido cualquiera del siguiente? Por favor circulo.

Lesiones del pie o de la pierna

Asimientos

El desmayarse de letrea

Entumecimiento del pie o de la pierna

Enfermedad del higado

Problemas de la sangrie

Tobillos debiles

Enfermedad del rinon

Enfermedad de sangre

Juanetes

Tension arterial alta

Problemas de la circulacion

Problemas de la piel

Transfusiones de sangre

El endurecer de arterias

Problems del una del dedo del pie

Ulceras del estomago

Artritis

Dolor de espalda

Asma

Cancer

Diabetes

Anemia

Propenso a la infeccion

Apuro del corazon

Gout

Murmullos del corazon

Hepatitis Otro: _____

Principal queja: _____

DEBAJO SER TERMINA POR EL PERSONAL Y EL DOCTOR DE OFICINA

Resultados: _____

	R	L	R	L	R	L
Pulsos	DP _____	_____	Edema _____	_____	Sensorial _____	_____
	PT _____	_____	Temp _____	_____	CFT _____	_____

Altura _____ Peso _____ Pression _____ Tamano del zapato _____

Tratamiento: _____