



## Formulario de Información del Paciente (letra de imprenta)

Nombre: \_\_\_\_\_  
Apellido                                  Primero                                  Medio

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo:  Masculino  Femenino #social \_\_\_\_\_

Tamaño del calzado: \_\_\_\_\_

Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Móvil: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_  
Casa                                  Ciudad                                  Código postal

Estado civil:  Niño  Soltero  Casado  Separado  Divorciado  Viudo

Empleador: \_\_\_\_\_ Título / Ocupación: \_\_\_\_\_

Farmacia: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_ Tel#: \_\_\_\_\_

Contacto de Emergencia / Alterno (No vive en su casa): \_\_\_\_\_

Relación: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Médico de atención primaria: \_\_\_\_\_ Tel# : \_\_\_\_\_

Médico de manejo del dolor: \_\_\_\_\_ Tel#: \_\_\_\_\_

Seguro medico: \_\_\_\_\_ # de póliza: \_\_\_\_\_

Titular de la póliza / Relación \_\_\_\_\_ # de Grupo: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ # Social: \_\_\_\_\_

Segundo seguro: \_\_\_\_\_ Titular/ relación: \_\_\_\_\_

**Para el mejor de mi conocimiento, que responderá a las preguntas sobre estas formas exactamente. Entiendo que proporcionar información incorrecta puede ser peligroso para mi salud. Entiendo que es mi responsabilidad de informar al medico y oficina de personal cualquier cambio en mi estado de salud.**

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente/ Guardián

\_\_\_\_\_  
Si no es el paciente, Relación del paciente

# Revisión de sistemas

## Constitucional-

- Resfriado
- Fiebre
- Pérdida de peso / ganancia
- Declinación en la salud
- Debilidad
- Fatiga

## Cabeza-

- Mareo
- Desmayo
- Dolor
- Lesión craneal
- sudores

## Ojos-

- Visión borrosa / doble
- Uso de gafas
- Dolor con luz
- Sensación Inusual
- cataratas
- Lágrimas excesivas
- Glaucoma
- Lesiones Recientes
- Pérdida de la visión
- Descarga
- Dolor de ojo
- Infecciones
- Rojez

## Nariz-

- Descarga
- Infecciones
- Infecciones sin úsales
- Resfriados frecuentes
- Obstrucción nasal
- hemorragias nasales

## Orejas-

- Descarga
- La discapacidad auditiva
- Sonando en los oídos
- Infecciones
- Audífono
- Dolor
- Garganta / Cuello-
- dolor de garganta
- Amígdalas agrandadas
- granos
- Sensibilidad

## Respiratorio-

- tosiendo sangre
- Espujo
- Dolor
- Tos
- Falta de alimento
- palpitaciones
- Esfuerzo

## Urinario-

- Despertar para orinar
- Ardiente
- Dolor de costado
- Infecciones
- piedras
- olor de orina
- Enuresis
- Dificultad para comenzar
- Corriente

- Frecuencia
  - Urgencia
  - Sangre en la orina
  - Exceso de orina
- ## Incontinencia
- Retención
  - Descoloración en la orina

## Cardiovascular-

- Dolor de pecho
- Pérdida de cabello en las piernas
- palpitaciones
- Esfuerzo
- Hinchazón de las piernas
- Venas varicosas
- extremidades frías
- Murmullo del corazón
- Tromboflebitis Descolorado
- Extremidades
- Pruebas de corazón
- Dolor de pierna
- Fiebre reumática
- Úlcera en las piernas

## Gastrointestinal-

- Dolor abdominal
- taburete negro
- Cambio en el color de las heces
- Disminución del apetito
- Sed excesiva
- Hemorroides
- Ictericia
- Náusea
- Problema de tragar
- Cambio de frecuencia de BM
- Cambio en las heces
- Consistencia
- Diarrea
- Enfermedad de la vesícula
- Hepatitis
- Uso de laxantes
- Sangrado rectal
- vómito
- Uso de antiácidos
- Cambio en las heces
- calibre
- Estreñimiento
- hambre excesiva
- Acidez
- Infecciones
- Enfermedad del hígado
- Dolor Rectal
- Vómitos de sangre

## Músculo esquelético-

- Calambres musculares
- Movimiento restringido
- Dolor en las articulaciones
- Rigidez muscular
- Debilidad
- Deformidades
- Rigidez en las articulaciones
- Parálisis

## Psiquiátrico-

- Cambio de comportamiento
- Pensamientos perturbadores
- Pérdida de memoria
- Desórdenes psiquiátricos
- Depresión
- Estrés excesivo
- Cambios de humor

- desorientación
- alucinaciones
- nerviosismo

## Pecho-

- Descarga
- granos
- Sensibilidad
- Dolor

## Piel-

- Sequedad
- Tinte para el cabello
- Comezón
- Apariencia de las uñas
- Cambio de color de la piel
- fácil de moretones
- Cambio de la textura del pelo
- granos
- Cambio de textura de uñas
- Eczema
- Mole aumentó tamaño
- erupciones cutáneas

## Neurológico-

- apagones
- Desmayo
- Pérdida de consciencia
- Parálisis
- Estremecimiento
- Ardiente
- Lesión craneal
- Pérdida de memoria
- Trastorno del habla
- temblores
- Entumecimiento
- Marcha inestable

## Endocrino-

- Intolerancia al frío
- Coto
- Dolor de cuello
- Debilidad
- Exceso de orina
- Intolerancia al calor
- Fatiga
- Mayor sed
- Problemas de la tiroides

## Hematológico / Linfático-

- glándulas hinchadas
- sangrado fácilmente
- granos
- Transfusión
- Reacción
- coágulos de sangre
- Exposición a la radiación

## Alérgico / Inmunológico-

- tos
- Ojos que pican
- Nariz que moquea
- Ojos llorosos
- Tos con ejercicio
- Picazón en la nariz
- estornudos
- sibilancias
- Urticaria
- Infecciones recurrentes
- Congestión nasal
- Sibilancias con ejercicio

## HISTORIA FAMILIAR

### MIEMBRO FAMILIAR RELACIONADO CON LA HISTORIA:

MIEMBRO RELACIONADO:	HISTORIA:	VIVO O FALLECIDO:

### Historia Medica del paciente:

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Reflujo ácido              | <input type="checkbox"/> Fibromialgia                  | <input type="checkbox"/> Neumonía                  |
| <input type="checkbox"/> Anemia                     | <input type="checkbox"/> ataque al corazón             | <input type="checkbox"/> polio                     |
| <input type="checkbox"/> Artritis                   | <input type="checkbox"/> Enfermedad del corazón        | <input type="checkbox"/> Fiebre reumática O        |
| <input type="checkbox"/> Asma                       | <input type="checkbox"/> Hepatitis                     | <input type="checkbox"/> Enfermedad de células     |
| <input type="checkbox"/> Problema de espalda        | <input type="checkbox"/> VIH / SIDA                    | <input type="checkbox"/> Trastorno de la piel      |
| <input type="checkbox"/> Infecciones de la vejiga   | <input type="checkbox"/> Hipertensión                  | <input type="checkbox"/> Apnea del sueño           |
| <input type="checkbox"/> Sangrado anormal           | <input type="checkbox"/> Enfermedad renal              | <input type="checkbox"/> Úlceras de estómago o     |
| <input type="checkbox"/> coágulos de sangre         | <input type="checkbox"/> Enfermedad del hígado o       | <input type="checkbox"/> Moretones                 |
| <input type="checkbox"/> Transfusión de sangre      | <input type="checkbox"/> Hipotensión Migrañas /        | <input type="checkbox"/> Enfermedad de la tiroides |
| <input type="checkbox"/> Bronquitis                 | <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza             | <input type="checkbox"/> Tuberculosis              |
| <input type="checkbox"/> Cáncer                     | <input type="checkbox"/> Prolapso de la válvula mitral | <input type="checkbox"/> Vacuna contra la neumonía |
| <input type="checkbox"/> Diabetes                   | <input type="checkbox"/> Cirugía de pérdida de peso    |  |
| <input type="checkbox"/> Vacuna contra la influenza | <input type="checkbox"/> llagas abiertas o             |  |

### Historia Social

Uso de alcohol/ Tipo: \_\_\_\_\_  Social  Ocasional  Ligero  Pesado  Nunca

Uso de Tabaco:  Nunca  lo dejo- Hace cuanto? \_\_\_\_\_  Fuma

Uso de drogas:  Nunca  Corriente/ Tipo: \_\_\_\_\_  Paro/ Hace cuanto? \_\_\_\_\_

Otros dependen de su cuidado?  Hijos- Edad?: \_\_\_\_\_

Mascota-que tipo? \_\_\_\_\_  Abuelos o discapacitados miembros de la familia: \_\_\_\_\_

Como cuanto esta en sus pies en el trabajo?  10%  25%  50%  75%  100%

Hace ejercicio?  Nunca  semanal  todos los dia  varios días a la semana

Tipos de ejercicios: \_\_\_\_\_



**Consentimiento para Fotografía, Grabación en Vídeo u Otras Imágenes para  
Medios / Propósitos Educativos**

**Nombre del paciente:** \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del paciente: \_\_\_\_\_

Doy mi consentimiento para que las fotografías, las imágenes grabadas en vídeo, imágenes u otros hechos de mí mismo y **mi condición médica.** Entiendo y estoy de acuerdo en que estas imágenes pueden ser utilizadas por el Dr. Japera N.

Levine DPM PLLC para los fines indicados a continuación. [por favor inicial]

\_\_\_ Propósitos de la enseñanza (puede incluir ser mostrado a otros pacientes)

\_\_\_ Anuncios por Dr. Japera N. Levine DPM PLLC

\_\_\_ Colocación en el Dr. Japera N. Levine Sitio web de DPM PLLC

\_\_\_ Colocación en la oficina del Dr. Japera N Levine DPM PLLC

\_\_\_ Exámenes continuos de certificación de educación médica o de la junta

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente / representante legal / tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

## Política de Responsabilidad Financiera del Paciente

- El pago es debido en el momento del servicio.** Aceptamos VISA, MasterCard, efectivo o cheque. Hacemos No acepte AMEX.
- Su póliza de seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguros. Como cortesía, Presentará su reclamación de seguro para usted si usted asigna los beneficios al médico. En otras palabras, usted Acepte que su compañía de seguros pague al médico directamente. Si su compañía de seguros no No pagar la práctica dentro de un período razonable, vamos a mirar a usted para el pago.
  - Hemos hecho arreglos previos con ciertos aseguradores y otros planes de salud para aceptar una Asignación de beneficios. Vamos a facturar los planes con los que tenemos un acuerdo y sólo Exigir que pague el copago / coaseguro / deducible en el momento del servicio o cualquier servicio que Son considerados no médicamente necesarios o cubiertos por su plan.
  - Si usted tiene cobertura de seguro con un plan con el cual no tenemos un acuerdo previo, Preparar y enviar la reclamación para usted en una base no asignada. Esto significa que su aseguradora enviará la Pago directamente a usted. Por lo tanto, todos los cargos por su cuidado y tratamiento son Servicio.
  - Todos los planes de salud no son los mismos y no cubren los mismos servicios. En caso de que su plan de salud Determina que un servicio está "no cubierto", o si no tiene una autorización, Responsable de la carga completa. Intentaremos verificar los beneficios para algunos especialistas Servicios o referencias; Sin embargo, usted sigue siendo responsable de los cargos a cualquier servicio prestado. Se anima a los pacientes a ponerse en contacto con sus planes para aclarar los beneficios antes de los servicios Rendido
  - Debe informar a la oficina de todos los cambios de seguro y los requisitos de autorización / referencia antes A su llegada. En caso de que la oficina no sea informada, usted será responsable de cualquier cargo Negado
  - Para la mayoría de los servicios prestados en el hospital, le facturaremos su plan de salud. Cualquier saldo pendiente es su responsabilidad.
  - Existen ciertos procedimientos quirúrgicos electivos para los que se requiere pre-pago. Tú serás Informado de antemano si su procedimiento es uno de esos. En ese caso, el pago será de una semana Antes de la cirugía.
  - Las cuentas vencidas están sujetas a procedimientos de cobro. Todos los gastos incurridos incluyendo, pero no Los honorarios de los abogados y los honorarios de los tribunales serán de su Saldo debido a esta oficina. Su saldo vencida se cobrará en su próxima visita a la oficina o se pagará Dentro de los 30 días de la fecha del estado de cuenta; lo que sea que venga primero.
  - Hay una tarifa de servicio de \$ 35.00 por todos los cheques devueltos. Su compañía de seguros no cubre Esta cuota.
  - Tratamientos para lesiones / accidentes relacionados con accidentes de trabajo Los abogados deben pagar en efectivo. No presentaremos su seguro para estas visitas.
  - Sentimos informarle que TODO el recorte de uñas / callos no es un servicio cubierto por su Plan de seguro y los resultados en un cargo de \$ 50 por adelantado. Cualquier paciente de Medicaid que requiera pie diabético Los exámenes tendrán un gasto de bolsillo. Además, Medicaid no cubrirá ninguna procedimiento rutina.

---

Firma

---

Fecha

## Consentimiento / Acuerdo por Correo Electrónico

**Dr. N. Levine Japera DPM PLLC** ofrece su / sus / nuestros pacientes la oportunidad de comunicarse por e-mail. Esta forma Proporciona información sobre los riesgos del correo electrónico, las directrices para la comunicación por correo electrónico y cómo utilizaremos el correo electrónico comunicación. También se utilizará para documentar su consentimiento para comunicarnos con usted por correo electrónico.

### RIESGOS

La comunicación por correo electrónico tiene una serie de riesgos que incluyen, pero no se limitan a, lo siguiente:

- El correo electrónico se puede distribuir, reenviar y almacenar en papel y archivos electrónicos.
- Copias de seguridad de correo electrónico pueden existir incluso después de que el remitente o el destinatario ha eliminado su dupdo.
- El correo electrónico puede ser recibido por destinatarios no deseados.
- El correo electrónico puede ser interceptado, alterado, reenviado o utilizado sin autorización o detección.
- Los remitentes de correo electrónico pueden escribir fácilmente en la dirección de correo electrónico incorrecta.
- El correo electrónico se puede utilizar para introducir virus en los sistemas informáticos.

### CÓMO USAREMOS EL E-MAIL

1) Limitaremos la correspondencia por correo electrónico a pacientes establecidos que sean adultos mayores de 18 años, o Los representantes legales de pacientes establecidos.

2) Usaremos el correo electrónico para comunicarnos con usted solo sobre asuntos no sensibles y no urgentes

Como:

- Preguntas sobre recetas médicas, uso de equipos o dispositivos médicos, etc.
- Preguntas de seguimiento de rutina
- Programación de citas
- Preguntas de facturación

3) Todos los e-mails a o de usted serán hechos una parte de su historial médico. Tendrás lo mismo Derecho de acceso a esos correos electrónicos como lo hace con el resto de su expediente médico.

4) Sus mensajes de correo electrónico pueden ser enviados a otro miembro del personal de oficina manejo adecuado.

5) No revelaremos sus correos electrónicos a los investigadores u otros a menos que lo permitan las leyes estatales o federales. Consulte nuestro Aviso de prácticas de privacidad para obtener información sobre los usos permitidos de su Información de salud y sus derechos en materia de privacidad.

Yo, \_\_\_\_\_ (nombre para imprimir), Soy: \_\_\_\_\_ (nombre del paciente impreso)

\_\_\_ A) un paciente establecido de **Dr. Japera N. Levine**.

\_\_\_ B) El representante legal de un paciente establecido,

Puede que desee comunicarse con **el Dr. Japera N. Levine DPM PLLC** y el personal de la oficina por e-mail. Yo entiendo el Los riesgos de comunicación por correo electrónico, en particular los riesgos de privacidad explicados en este formulario. Yo

Entiendo que el **Dr. Japera N. Levine DPM PLLC** no puede garantizar la seguridad y confidencialidad de la comunicación por correo electrónico. [Nombre de Médico o consultorio de oficina] no será responsable de los mensajes que no son recibidos o entregados debido a problemas técnicos Fracaso o divulgación de información confidencial a menos que sea causada por mala conducta intencional.

Entiendo que también puedo comunicarme con [nombre de la práctica del médico o la oficina] por teléfono o durante un Cita programada, y que el correo electrónico no es un sustituto de la atención que se puede proporcionar durante una visita a la oficina. Se deben hacer citas para discutir cualquier problema nuevo o cualquier información médica sensible.

Entiendo que la Dra. Japera N. Levine DPM o PLLC puede dejar de usar el correo electrónico como medio de Comunicación a mi solicitud por escrito.

Entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento, por lo que el asesoramiento **Dr. Japera N. Levine DPM PLLC** en escritura. Mi revocación del consentimiento no afectará mi capacidad para obtener atención médica futura ni causará la pérdida De las prestaciones a las que tengo derecho.

He leído y entiendo este formulario. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y mis preguntas han sido Contestó a mi satisfacción. Entiendo y estoy de acuerdo con la información contenida en este formulario y le doy mi consentimiento para comunicaciones por correo electrónico desde y hacia **el Dr. Japera N. Levine DPM PLLC**.

E-mail: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_