

New York Foot Care Services, PLLC

NYFCS, PLLC – North Bronx * NYFCS, PLLC – 149th St. * NYFCS, PLLC – 161st St.
Spanish American Foot Care Associates, PLLC * Astoria Foot Care, PLLC * Washington Heights Foot Care, PLLC

PATIENT INFORMATION/INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Date/Fecha: _____
Name/Nombre: _____ Social Security #/Número de la seguridad social: _____
Address/Dirección: _____ Apartment #/Número de apartamento: _____
City/Ciudad: _____ State/Estado: _____ Zip/Zona: _____
Telephone/Teléfono: _____ Email/El correo electrónico: _____
DOB/Fecha de nacimiento: _____ Age/Edad: _____ Sex/Sexo: F _____ M _____
Status/El estado: Single/Soltero Married/Casado Separated/Separado(a) Divorced/Divorciado
 Widow(er)/Viuda(o) Minor/Menor

In case of emergency, contact/En caso de emergencia, póngase en contacto con:

Name/Nombre: _____ Telephone/Teléfono: _____ Relationship/La relación: _____
Spouse's name/Nombre de esposo(a): _____ DOB/Fecha de nacimiento: _____
Spouse's work address/Dirección del trabajo de esposo(a): _____
Spouse's telephone #/Número de teléfono de esposo(a): _____

Who referred you to us?/Que le refirió a nosotros?: _____

Who is your Primary Care Physician?/Quién es su médico de atención primaria?:

Name/Nombre: _____ Practice Name/Nombre de la práctica: _____
Address/Dirección: _____ City/Ciudad: _____ State/Estado: _____ Zip/Zona: _____
Telephone/Teléfono: _____ Email/El correo electrónico: _____

Pharmacy Name/Nombre de la farmacia: _____ Pharmacy Telephone/Teléfono de la farmacia: _____
Pharmacy address/Dirección de farmacia: _____ City/Ciudad: _____ State/Estado: _____ Zip/Zona: _____

EMPLOYER INFORMATION/INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR

Employer/Empleador: _____
Address/Dirección: _____
City/Ciudad: _____ State/Estado: _____ Zip/Zona: _____
Member/Miembro: _____
Position Held/Posición: _____

INSURANCE INFORMATION/INFORMACIÓN DEL SEGURO

Insurance Carrier/Compañía de Seguros: _____ Policy#/Número de póliza: _____
Address/Dirección: _____ Telephone/Teléfono: _____
City/Ciudad: _____ State/Estado: _____ Zip/Zona: _____
Member/Miembro: _____ Relationship/La Relación: _____ DOB/Fecha de nacimiento: _____

ASSIGNMENT OF BENEFITS/ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS

I request that payment of authorized medical benefits be made on my behalf directly to the provider listed for any services furnished to me by this provider. I authorized holders of my medical information to be released to my carrier to determine benefits payable.

Solicito que pago de prestaciones médicas autorizadas se hizo en mi nombre directamente al proveedor de listados por los servicios prestados a mí por este proveedor. Autoricé titulares de mi información médica a mi proveedor para determinar los beneficios pagaderos.

Signature/Firma: _____ Date/Fecha: _____

HEALTH INFORMATION/INFORMACIÓN DE LA SALUD

Please answer or provide as much information as you are able.

Por favor, responda o proporcione tanta información como le sea posible.

Podiatry History/Historia de Podología

Reason for today's visit/Razón de visita de hoy: _____

What are the medical issues concerning your foot, ankle, and legs?/Cuáles son los problemas médicos relacionados con el pie, el tobillo y piernas?: _____

How long have you had medical issues with your foot, ankle and legs?/Cuánto tiempo tienes problemas médicos con su pie, tobillo y piernas?: _____

Have you visited a podiatrist before?/Has visitado a un podiatra antes?: Yes/Si No

Name of podiatrist/Nombre de podiatría _____ Last appt date/Última fecha de cita: _____

Are you diabetic?/Es usted diabético? Yes/Si No

Your occupation/Su ocupación: _____

What athletic activities do you participate in and how often?/Qué actividades deportivas en la que participes y con qué frecuencia?: _____

Please indicate which foot problems you have or had in the past./Por favor indique qué problemas del pie tiene o tenía en el pasado.:

Ankle Pain/Dolor en el tobillo

Athlete's foot/Pie de atleta

Bunion/El juanete

Corns and calluses/Los callos y callosidades

Cramp or numbness/Calambres o entumecimiento

Flat feet/Pies planos

Gout/La gota

Heel pain/Dolor en el talón

Infection/Infección

Ingrown toenails/Uñas encarnadas

Plantar Warts/Las verrugas plantares

Swollen ankles or feet/Inflamación de los tobillos o pies

Tired Feet/Pies cansados

Wound/Herida

Medication/Medicación

Current medications (include prescriptions, over the counter medications and vitamins)/Los medicamentos actuales (incluir prescripciones, sobre los medicamentos de venta libre y vitaminas): _____

Are you allergic to specific medicines or items?/Eres alérgico a ciertos medicamentos o artículos? _____

Check the ones you have allergy/Verificar el que tiene alergia.: Penicillin Aspirin Codeine Novocaine
 Tape Latex Betadine Anesthetics

Family Medical History/Historial Médico de la Familia Check if your blood relatives has/had any of the following conditions/Compruebe si sus parientes consanguíneos ha/han tenido alguna de las siguientes condiciones:			Health Habits/Hábitos de Salud Check which you use and how much/Compruebe que se utiliza y cuánto:		
<input checked="" type="checkbox"/>	Disease/La enfermedad	Relationship to patient/Relación con paciente	<input checked="" type="checkbox"/>	Substance/La sustancia	How much? /cuánto
	Arthritis/La artritis			Alcohol	
	Cancer/el cáncer			Caffeine/La cafeína	
	Chemical dependency Predependencia de química			Street Drugs (specify)/Las drogas de la calle (especificar)	
	Diabetes/La diabetes			Tobacco/Tabaco	
	Gout/La gota			Other (specify)/Otros (especificar)	
	Heart disease or stroke Enfermedad del corazón o un accidente cerebrovascular		Comments regarding health habits/Comentarios sobre hábitos de salud: _____ _____		
	High blood pressure/la hipertension		Height/La estatura: _____		
	Kidney disease/enfermedad renal		Weight/El peso: _____		
	Other disease Name)/otra enfermedad (nombre)		Shoe size/Talla de zapato: _____		

The information that I have provided regarding my patient information and medical history is true and complete to the best of my knowledge./La información que he proporcionado en relación con mi información para el paciente y el historial médico es verdadera y completa a lo mejor de mi conocimiento.

Signature/Firma: _____ Date/Fecha: _____