



VALLEY PODIATRIC
WOUND CARE

2900 FRESNO ST. #104, FRESNO CA 93721
PHONE: (559) 570-5377 / FAX: (559) 570-5317

Laura Rowe, DPM
Jeffrey Moy, DPM
Deborshi Dasgupta, DPM

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha de hoy: _____

APELLIDO: _____ NOMBRE DE PILA: _____ SEGUNDO NOMBRE: _____

DIRECCIÓN DE LA CALLE: _____ CIUDAD: _____ EST: _____ CÓDIGO POSTAL: _____

CORREO ELECTRÓNICO: _____

SSN: _____ TELÉFONO DE CELULAR: _____ TELÉFONO RESIDENCIAL: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ SEXO: MASCULINO FEMENINO ESTADO SOLTERO CASADO DIVORCIADO VIUDA
(un círculo) MARCIAL: (un círculo)

LIBERACIÓN DE CONTACTOS DE INFORMACIÓN Autorizo a divulgar mis registros médicos a las siguientes personas: *Comprobar si Contacto de emergencia*

Nombre: _____ Relación: _____ Número de teléfono: _____

Nombre: _____ Relación: _____ Número de teléfono: _____

SEGURO PRIMARIO

SEGURO SECUNDARIO

NOMBRE DEL SEGURO: _____

NOMBRE DEL TITULAR DE LA PÓLIZA: _____

ID #: _____ GRUPO #: _____

SUSCRIPTOR #: _____ FDN: _____

RELACIÓN DEL PACIENTE CON EL SUSCRIPTOR: _____ SEXO: _____

TEL #: _____ M F

SEGURO SOCIAL # _____ - _____ - _____

OCUPACIÓN: _____

EMPLEADOR: _____

NOMBRE DEL SEGURO: _____

NOMBRE DEL TITULAR DE LA PÓLIZA: _____

ID #: _____ GRUPO #: _____

SUSCRIPTOR #: _____ FDN: _____

RELACIÓN DEL PACIENTE CON EL SUSCRIPTOR: _____ SEXO: _____

TEL #: _____ M F

SEGURO SOCIAL # _____ - _____ - _____

OCUPACIÓN: _____

EMPLEADOR: _____

Asignación de beneficios: Por la presente asigno todos los beneficios médicos y quirúrgicos a los que tengo derecho, incluidos los programas gubernamentales, el seguro privado, los principales beneficios médicos y cualquier otro plan de salud a Valley Podiatric Wound Care. La asignación permanecerá en vigor hasta que sea revocada por mí por escrito. Una fotocopia de esta asignación debe considerarse válida como original. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos pagados o no por dicho seguro. Por la presente autorizo a dicho cesionario a divulgar toda la información necesaria para asegurar al paciente.

Consentimiento de tratamiento: Por la presente doy mi consentimiento para tratamiento médico o quirúrgico al Dr. Deborshi Dasgupta y asociados para cuidarme a mí mismo o estoy debidamente autorizado por el paciente como su agente general para dar su consentimiento para dicho tratamiento.

RECONOCIMIENTO DE RECIBO DE AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Por la presente reconozco que los proveedores especializados de Valley Podiatric Wound Care a mi disposición su Aviso de prácticas de privacidad. Soy consciente de que se me ha entregado una copia impresa del aviso en este paquete. Además, reconozco que una copia del aviso actual está publicada en el área de recepción.

RECONOCIMIENTO DE RECIBO DE POLÍTICA FINANCIERA

Por la presente reconozco que los proveedores especializados en pie y tobillo de Valley Podiatric Wound Care a mi disposición su Política financiera. Soy consciente de que se me ha entregado una copia impresa de la política en este paquete.

FIRMA DEL PACIENTE: _____ FECHA: _____

MÉDICO REFERENTE:

MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA:

CARDIÓLOGO:

HISTORIA CLÍNICA

ALTURA: _____ PESO: _____ ÚLTIMA A1C (SI DIABÉTICO): _____

ALERGIAS A LOS MEDICAMENTOS: _____

¿QUÉ CONDICIONES MÉDICAS TIENES?

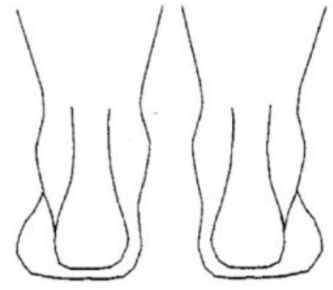
PROBLEMA ACTUAL DEL PIE

PIE IZQUIERDO

PIE DERECHO

TOBILLOS *(Vista posterior)*

POR FAVOR,
MARQUE LAS ÁREAS
DEL PIE QUE SON
PREOCUPANTES



Suela/Inferior

Arriba

Arriba

Suela/Inferior

Izquierda

Derecha

PROBLEMA ACTUAL DEL PIE: _____

¿CUÁNDO COMENZÓ SU PROBLEMA? _____ INICIO: GRADUAL REPENTINO
(círcule uno)

¿EL PROBLEMA ESTÁ EMPEORANDO, MEJORANDO O MANTENIÉNDOSE IGUAL?

PEOR MEJOR IGUAL

¿QUÉ LO HACE MEJOR? _____

¿QUÉ LO HACE PEOR? _____

¿ALGÚN OTRO PROBLEMA EN LOS PIES QUE DEBA ABORDARSE HOY EN DÍA? _____

¿ESTO FUE CAUSADO POR UNA LESIÓN? SÍ NO ¿SUCEDIO TRABAJANDO? SÍ NO
(círcule uno) (círcule uno)

HISTORIA SOCIAL

CONSUMO ACTUAL DE ALCOHOL:

(círcule uno)

NINGUNO DIARIO RARA VEZ ANTERIOR

CONSUMO ACTUAL DE TABACO:

(círcule uno)

NINGUNO DIARIO RARA VEZ ANTERIOR

¿CUÁL ES EL HISTORIAL MÉDICO DE SU FAMILIA?

HISTORIA QUIRÚRGICA

TIPO DE CIRUGÍA: _____ FECHA: _____

TIPO DE CIRUGÍA: _____ FECHA: _____

TIPO DE CIRUGÍA: _____ FECHA: _____

MEDICAMENTOS

Por favor, conecte la lista de medicamentos a la parte posterior del paquete o escriba en la parte posterior de este artículo si hay más medicamentos que espacios proporcionados a continuación.

NOMBRE: _____ DOSIFICACIÓN: _____ FRECUENCIA: _____

NOMBRE: _____ DOSIFICACIÓN: _____ FRECUENCIA: _____

NOMBRE: _____ DOSIFICACIÓN: _____ FRECUENCIA: _____

NOMBRE DE LA FARMACIA: _____

CIUDAD: _____

CRUCE DE CALLE: _____



2900 Fresno St. #104, Fresno CA 93721
Phone: (559) 570-5377 / Fax: (559) 570-5317

LAURA ROWE, DPM
JEFFREY MOY, DPM
DEBORSHI DASGUPTA, DPM

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

APELLIDO: _____ NOMBRE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

Consiente que las imágenes médicas (foto, video y/o audio) se hagan de mí. Entiendo que el información puede ser utilizada en mi expediente médico, con fines de enseñanza médica en Valley Podiatric Wound Care, o para su publicación en libros de texto o revistas médicas como he designado a continuación. Por esta fotografía médica entiendo que no recibiré el pago de ninguna parte. La negativa a dar su consentimiento a fotografías, videos y/o grabaciones de audio no afectará de ninguna manera la atención médica que recibiré. Si tengo alguna pregunta o deseo retirar mi consentimiento en el futuro, puedo comunicarme con el personal de Valley Podiatric Wound Care.

Al firmar el siguiente formulario, confirmo que este formulario de consentimiento me ha sido explicado en términos que entiendo.

Elija una de las siguientes opciones:

- Consiento que estas fotografías se utilicen en publicaciones médicas, incluyendo revistas médicas, libros de texto y publicaciones electrónicas. Entiendo que la imagen pueden ser vista por miembros del público en general, además de los científicos y investigadores que utilizan regularmente estas publicaciones en su educación profesional. Aunque estas fotografías se utilizarán sin identificar información como mi nombre, entiendo que es posible que alguien me reconozca. También estoy de acuerdo en que mi imagen se muestre con fines didácticos en Valley Podiatric Wound Care y para ser utilizado en mi historial médico.
- Estoy de acuerdo en que mi imagen se muestre con fines didácticos y que se utilice para mi historial médico, pero NO para la publicación médica.
- Estoy de acuerdo con el uso de mi imagen sólo para registros médicos.
- No consiente que mi foto sea tomada

FIRMA: _____ FECHA: _____