



Please bring the following to your appointment:

- Insurance card
- Photo identification
- Medication list

Por favor traiga:

- Tarjeta de aseguranza
- Identificacion
- Lista de medicinas

**Patient Information · Información del paciente**

Name \_\_\_\_\_  
Nombre

Patient's Social Security number \_\_\_\_\_  
Número de Seguro Social del paciente

Sex  Male · Masculino  
Sexo  Female · Hembra

Race  White or Caucasian · Blanco o Caucasico  
Raza  Black or African American · Negro o Afroamericano  
 Native American · Nativo Americano  
 Asian · Asiático  
 Hispanic or Latino · Hispano o Latino

Date of birth \_\_\_\_\_ Age \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento Años

Home address \_\_\_\_\_  
Dirección de la casa

City \_\_\_\_\_ State \_\_\_\_\_ Zip code \_\_\_\_\_  
Ciudad Estado Codigo postal

Home phone \_\_\_\_\_ Cell phone \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_  
Teléfono de la casa Teléfono celular Correo electrónico

Parent or guardian guarantor's insured name \_\_\_\_\_  
Nombre del asegurado del padre o tutor

Guardian's Social Security number \_\_\_\_\_  
Número de Seguro Social del guardian

Preferred pharmacy \_\_\_\_\_ Crossroads \_\_\_\_\_  
Farmacia preferida Encrucijada

Primary care physician \_\_\_\_\_ Date of last visit \_\_\_\_\_  
Proveedor de atención primaria Ultima fecha de visita

Height \_\_\_\_\_ Feet · Pies \_\_\_\_\_ Inches · Pulgadas  
Altura Weight \_\_\_\_\_ Lbs. · Libras  
Peso

Reason for today's visit \_\_\_\_\_  
Motivo de la visita de hoy

How long have you had these symptoms? \_\_\_\_\_  
¿Desde cuando ha sufrido del estos síntomas?

Have you treated the pain in any way? ·  
¿Ha tratado el dolor de alguna manera?

- Medication · Medicación
- Changed shoe type or size · Tipo o tamaño de calzado cambiado
- Stretching · Extensión
- Other · Otra \_\_\_\_\_

How would you describe the pain? ·  
¿Cómo describirías el dolor?

- Deep aching · Dolor profundo
- Sharp, shooting pain · Dolor agudo y punzante
- Numbness/ Burning · Entumecimiento/ Ardiente
- Other · Otra \_\_\_\_\_

Rate your level of pain. Evalúe su nivel de dolor.	No pain Sin dolor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Worst pain Peor dolor
---	----------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

**Patient Information · Información del paciente (continued · continuado)**

When or how often do you experience the pain? Check all that apply.

¿Cuándo o con qué frecuencia experimenta el dolor? Marque todo lo que corresponda.

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Constant · Constante                        | <input type="checkbox"/> At rest · En reposo                       |
| <input type="checkbox"/> Intermittent · Intermitente                 | <input type="checkbox"/> Worse in the morning · Peor en la mañana  |
| <input type="checkbox"/> Daily · Diariamente                         | <input type="checkbox"/> Affecting your job · Afectando su trabajo |
| <input type="checkbox"/> Worse with activity · Peor con la actividad | <input type="checkbox"/> Affecting your sleep · Afectando su sueño |

Have you seen anyone prior to this appointment?  Yes · Sí      Do you have any prior x-rays, MRIs, or office notes?  Yes · Sí  
 ¿Ha visto a alguien antes de esta cita?  No

Have you had any prior foot surgery?  Yes · Sí      ¿Tiene alguna radiografía previa, MRI o notas de la oficina?  
 ¿Ha tenido alguna cirugía en el pie?  No

If yes, please list the name of the procedure and date it occurred.

En caso afirmativo, por favor indique el nombre del procedimiento y la fecha en que ocurrió.

---



---



---

**Medical History · Historia médica**

- |   |  |   |
|---|--|---|
| Are you pregnant? <input type="checkbox"/> Yes · Sí | Are you nursing? <input type="checkbox"/> Yes · Sí   | Do you smoke? · ¿Fumas?   |
| ¿Estas embarazada? <input type="checkbox"/> No      | ¿Está usted amamantando? <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Everyday · Cada día                        |
|   |  | <input type="checkbox"/> Some days · Algunos días                   |
|   |  | <input type="checkbox"/> Formerly · Antes                           |
|   |  | <input type="checkbox"/> Never · Nunca                              |
|   |  | <input type="checkbox"/> Frequency unknown · Frecuencia desconocida |

Have you had any of the following? Check only if your answer is yes. · ¿Alguna vez ha tenido alguna de las siguientes afecciones? Marque sólo si su respuesta es sí.

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Anemia   | <input type="checkbox"/> Gout · Gota  |
| <input type="checkbox"/> Angina or chest pain · Angina o dolor en el pecho                                      | <input type="checkbox"/> Arthritis · Artritis   |
| <input type="checkbox"/> Asthma · Asma  | <input type="checkbox"/> Sleep apnea · Apnea del sueño  |
| <input type="checkbox"/> AIDS/HIV · SIDA / VIH  | <input type="checkbox"/> Gastric ulcer · Úlcera gástrica  |
| <input type="checkbox"/> Hypertension · Hipertensión  | <input type="checkbox"/> Osteoporosis   |
| <input type="checkbox"/> Cancer · Cáncer  | <input type="checkbox"/> Rheumatoid arthritis · Artritis reumatoide   |
| <input type="checkbox"/> Congestive heart failure (CHF) · Insuficiencia cardíaca congestiva                     | <input type="checkbox"/> Hepatitis or liver disease · Hepatitis o enfermedad del hígado                                       |
| <input type="checkbox"/> Coronary artery disease · Enfermedad de la arteria coronaria                           | <input type="checkbox"/> Transient ischemic attack (TIA) or stroke · Ataque isquémico transitorio o accidente cerebrovascular |
| <input type="checkbox"/> Depression · Depresión   | <input type="checkbox"/> Kidney disease · Enfermedad del riñón  |
| <input type="checkbox"/> Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) · Enfermedad pulmonar obstructiva crónica | <input type="checkbox"/> Drug abuse disorders · Trastornos del abuso de drogas  |
| <input type="checkbox"/> Diabetes   | <input type="checkbox"/> Deep vein thrombosis (DVT) · La trombosis venosa profunda  |
| <input type="checkbox"/> Lymphedema · Linfedema   | <input type="checkbox"/> Thyroid disease · Enfermedad de tiroides   |
| <input type="checkbox"/> High cholesterol · Colesterol alto   | <input type="checkbox"/> Dialysis · Diálisis  |
| <input type="checkbox"/> Heart attack · Ataque al corazón   | <input type="checkbox"/> Peripheral arterial disease · Enfermedad arterial periférica   |

**Allergies · Alergias**

Are you allergic to any of the following? Check only if your answer is yes. ·

¿Es usted alérgico a alguno de los siguientes? Marque sólo si su respuesta es sí.

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Adhesive or tape · <i>Adhesivo o cinta</i>  | <input type="checkbox"/> Seafood · <i>Mariscos</i>   |
| <input type="checkbox"/> Latex · <i>Látex</i>  | <input type="checkbox"/> Morphine · <i>Morfina</i>   |
| <input type="checkbox"/> Aspirin · <i>Aspirina</i>   | <input type="checkbox"/> NSAIDS (Motrin, Alleve, Naprosyn, Ibuprofen)                                    |
| <input type="checkbox"/> Penicillin · <i>Penicilina</i>  | <input type="checkbox"/> Codeine · <i>Codeína</i>  |
| <input type="checkbox"/> Local anesthetics · <i>Anestésicos locales</i>                                      | <input type="checkbox"/> Other · <i>Otra</i> _____   |
| <input type="checkbox"/> Iodine dye · <i>Tinte de yodo</i>   | <input type="checkbox"/> None; I have no known allergies. · <i>Ninguna; No tengo alergias conocidas.</i> |
| <input type="checkbox"/> Sulfa drugs, (for example, Bactrim) ·<br><i>Sulfa drogas (por ejemplo, Bactrim)</i> |  |

**Family History · Historia Familiar**

Do you have a family history of any of the following? Check only if your answer is yes. ·

¿Tiene antecedentes familiares de alguno de los siguientes? Marque sólo si su respuesta es sí.

- Stroke · *Accidente cerebrovascular*  
 Heart disease or heart attack · *Enfermedad cardíaca o ataque al corazón*  
 Cancer · *Cáncer*  
 Diabetes  
 Other · *Otra* \_\_\_\_\_

**Medication List · Lista de medicamentos**

Please list all medication you are currently taking.

Por favor liste todos los medicamentos que está tomando actualmente.

 Check here if you have attached a list.

Marque aquí si ha adjuntado una lista.

---



---



---

- Yes! I would like to receive updates about products and services, special offers, news, and events form Foot and Ankle Clinics of Arizona!  
 ¡Sí! Me gustaría recibir actualizaciones sobre productos y servicios, ofertas especiales, noticias y eventos de Foot and Ankle Clinics of Arizona.

**Doctor's notes · Notas del doctor**


---



---



---



---



---



---



---



---



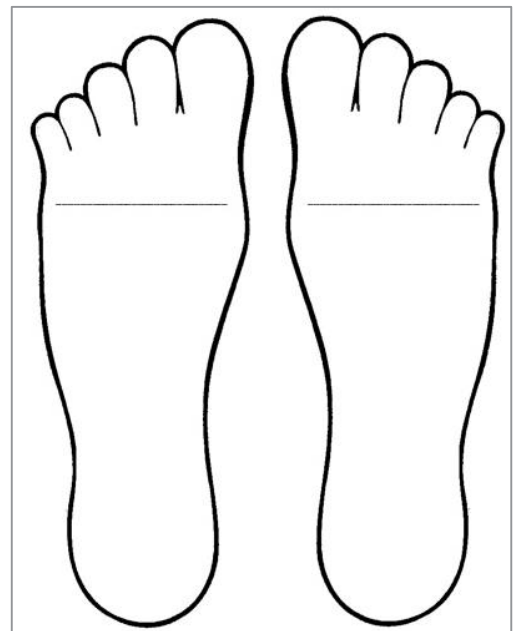
---



---



---



### Responsabilidad financiera

Soy consciente de que los beneficios son determinados por mi compañía de seguros y no por el proveedor. La verificación de los beneficios no es una garantía de pago, y seré responsable de cualquier parte de mi tratamiento que no esté cubierta o sea negada por la compañía de seguros, incluyendo mis copagos, deducibles y coaseguro. Entiendo que todos los copagos y cargos de servicio que no están cubiertos por mi compañía de seguros serán pagaderos en el momento del servicio. Entiendo que el proveedor no es responsable de la mala cotización de los beneficios de mi compañía de seguros. Los beneficios del seguro son determinados por mi compañía de seguros cuando se recibe la reclamación. Por medio de la presente autorizo a las Clínicas de Arizona a liberar cualquier información, con fines de seguro, requerida en el curso de mi examen o tratamiento. Por la presente, autorizo el pago directamente a las Clínicas de Arizona para tratamientos, si los hubiere, de lo contrario pagaderos por servicios. Entiendo que soy responsable de todos los cargos si se determina que la información del seguro que he proporcionado es incorrecta. Entiendo que habrá un cargo por servicio de \$ 20.00 en todos los cheques devueltos.

### HIPAA / Autorización de Registros

Yo, el abajo firmante entiendo que tengo el derecho de revisar, si elijo, las Clínicas de Arizona y el Tobillo de Arizona, Notificación de Prácticas de Privacidad antes de firmar este documento, las cuales están disponibles bajo petición o en nuestro sitio web, [yourfeetfixer.com](http://yourfeetfixer.com). La privacidad de sus registros médicos e información personal es importante para nosotros. La documentación de su tratamiento médico y servicios prestados se crean para proveerle cuidado de calidad y para cumplir con ciertos requisitos legales (pautas de HIPAA). Nuestra obligación legal es mantener su información médica privada y cumplir con los términos y condiciones del aviso actual. Podemos divulgar la información para el tratamiento, el pago, o al personal del cuidado de la salud con el propósito de la calidad de su cuidado, y para obtener cualesquiera autorizaciones, pre-certificaciones, etc. Comprendo que cualquier persona que reciba estos expedientes médicos No divulgar cualquiera de la información médica obtenida por esta autorización a ninguna otra persona u organización sin una autorización adicional firmada por mí para la divulgación de la información. Cualquier información que no desee revelar debe ser especificada por escrito. Cualquier información solicitada para ser divulgada a cualquier persona que no sea un médico que lo remita o que lo trate debe ser presentada por escrito.

### Consentimiento para el tratamiento

He leído y entiendo las declaraciones anteriores. Doy mi permiso al (a los) médico (s) de las Clínicas de Pie y Tobillo de Arizona para administrar y realizar los procedimientos que se consideren necesarios para el diagnóstico y / o tratamiento de mí o de la condición de mis dependientes. Como representante de mí mismo o como tutor, doy autorización para que el paciente mencionado anteriormente reciba atención y tratamiento médico y / o quirúrgico en las Clínicas de Pie y Tobillo de Arizona.

Nombre del paciente impreso \_\_\_\_\_

Firma del paciente o de los padres \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_