



West Flagler/Sweetwater
 35 SW 114th Ave,
 Miami, FL 33174, Suite 105
 Email: info@miamifeet.com
 Oficina: (305) 480-2045
 Fax: (305) 480-2046

INFORMACION DE SEGURO

INFORMACION DE PACIENTE – POR FAVOR ESCRIBIR CLARAMENTE

APELLIDO(S) DEL PACIENTE	PRIMER NOMBRE DEL PACIENTE	SEGUNDO NOMBRE DEL PACIENTE	
# DE SEGURO SOCIAL	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	# TELEFONO CASA
DIRECCION	CIUDAD Y ESTADO	CODIGO POSTAL	# DE CELULAR
# DE LICENCIA DE MANEJAR	ESTADO CIVIL	EMAIL:	# TELEFONO TRABAJO
COMPANIA DONDE TRABAJA	OCUPACION (MECIONE SI ES ESTUDIANTE)	SEXO Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/>	
DIRECCION DE TRABAJO	CIUDAD Y ESTADO	CODIGO POSTAL	
ESPOSO(A) (O EL GUARDIAN SI ES UN MENOR DE EDAD)			
1.CONTACTO DE EMERGENCIA (QUE NO SEA EL ESPOSO(A))	RELACION	# TELEFONO	
2. CONTACTO DE EMERGENCIA (QUE NO SEA EL ESPOSO(A))	RELACION	# TELEFONO	
NOMBRE DEL SEGURO MEDICO	NUMERO DE POLIZA DE SEGURO O NUMERO DE IDENTIFICACION	NUMERO/NOMBRE DE GRUPO	
NOMBRE DEL TITULAR Y FECHA DE NACIMIENTO	NOMBRE DE SEGURO MEDICO SECUNDARIO (SI TUVIESE)	NUMERO/NOMBRE DE GRUPO	
NOMBRE DEL TITULAR DEL SEGURO SECUNDARIO Y FECHA DE NACIMEINTO			

ASIGNACION Y LIBERACION A LOS SEGUROS

Yo certifico que tengo cobertura de seguro con los seguro(s) mencionado(s) en este documento y asigno directamente a Miami Feet LLC, todos los beneficios de los seguros que me correspondan por los servicios recibidos. Autorizo a las compañías de seguros mencionadas para brindar cualquier información médica que sea necesaria para determinar estos pagos por los servicios relacionados _____ **Inicial**

Yo estoy de acuerdo de pagar a Miami Feet LLC, de manera oportuna, por todos los servicios prestados, que pueden o no pueden ser cubiertos por mi seguro. Esto incluye cualquier co-pago, deducibles y/o pagos de la compañía de seguros que pueda recibir por los servicios prestados. Si mi cuenta no se paga en el tiempo indicado, entiendo que voy a ser responsable de cualquier proceso de colecta y/o costos de abogados. Un cargo adicional de \$ 25.00 se impondrá en caso de cheques devueltos por fondos insuficientes _____ **Inicial**

Autorización de Tratamiento: Por la presente autorizo el tratamiento por Miami Feet LLC. _____ **Inicial**

Autorización Tratamiento: Por la presente autorizo beneficios de Medicare, si aplicables, beneficios de Medigap, para que se hagan a mi nombre o de mi parte hacia Miami Feet LLC por cualquier y todos los servicios prestados a mí por ese proveedor. Entiendo que si Medicare se niega a pagar por mi cuidado, yo me haré responsable de los costos _____ **Inicial**

En la medida permitida por la ley, autorizo a cualquier poseedor de información médica sobre mí para que la libere a los Centros de Servicios de Medicare, de Medigap, de Medicaid, y sus agentes cualquier información necesaria para determinar estos beneficios o por lo los beneficios de los servicios relacionados

Firma de Paciente o Guardián

Firma Paciente o Guardián

Fecha (mm-dd-aa)



West Flagler/Sweetwater
35 SW 114th Ave,
Miami, FL 33174, Suite 105
Email: info@miamifeet.com
Oficina: (305) 480-2045
Fax: (305) 480-2046

HISTORICO DE SALUD

Para que podamos obtener una historia médica completa, es importante que usted llene este formulario lo más completo posible. Esta información es muy importante. Por favor, responda todos los puntos. Es importante que su médico sepa que ha revisado cuidadosamente todas las áreas de este formulario. Esta información será registrada en el sistema y usted tiene derecho a una copia si la requiere.

Seguro Social (SSN) _____

Fecha de Cita _____

Nombre Completo _____

Sexo: Hombre Mujer Fecha de Nacimiento _____ Idioma Primario _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Farmacia de Preferencia (Incluya su localización y teléfono)

Nombre Doctor Primario (Medico de Familia) _____ Teléfono _____

Nombre de Doctor que lo Refirió _____ Teléfono _____

Compañía de Seguro _____

MOLESTIAS PRINCIPALES:

SIGNOS VITALES: (a completar por el personal medico de Miami Feet LLC)

R _____ BP ____/____ P _____ HT _____ WT _____ TEMP _____ ACCU-CHECK _____

HISTORIAL DE CIRUGIAS:



West Flagler/Sweetwater
35 SW 114th Ave,
Miami, FL 33174, Suite 105
Email: info@miamifeet.com
Oficina: (305) 480-2045
Fax: (305) 480-2046

HISTORICO DE SALUD (PAGINA 2)

MEDICAMENTOS: Usted está tomando CUALQUIER tipo de medicamento AHORA? (Esto incluye prescripciones, medicamentos sin prescripción (Tylenol etc) y medicamentos herbales)

No Si Sí la respuesta es SI por favor especificar que medicamento y la dosis

Nombre de Medicamento (o Suplementos)	Dosis

ALERGIAS A MEDICAMENTOS: ¿Es usted alérgico a medicamentos?

No Si Si la respuesta es SI por favor especificarlos debajo

Nombre de medicamento	Tipo de Reacción

OTRAS ALERGIAS: ¿Es usted alérgico a los mariscos?

No Si Si la respuesta es SI cuál es su reacción: _____

¿Es usted alérgico a algún tipo de material (Látex, Metales etc.) ?

No Si Si la respuesta es SI especifique que y cuál es su reacción: _____

HISTORIAL DE HABITOS:

Alcohol Cigarros/Puros Café Drogas

ESTADO CIVIL:

Casado(a) Viudo(a) Soltero(a) Divorciado(a) Separado(a)



West Flagler/Sweetwater
35 SW 114th Ave,
Miami, FL 33174, Suite 105
Email: info@miamifeet.com
Oficina: (305) 480-2045
Fax: (305) 480-2046

HISTORICO DE SALUD (PAGINA 3)

¿Alguna vez usted ha sido DIAGNOSTICADO con?:

Cancer (tipo)_____ No Si
¿Qué año?_____

Nariz o Sinusitis:
Alergias Nasales No Si
¿Qué año?_____

Corazón y Sangre:
Colesterol Elevado/Alto No Si
¿Qué año?_____

Presión de Sangre Alta No Si
¿Qué año?_____

Pulmones/Sistema respiratorio:
Tuberculosis No Si
¿Qué año?_____

Estómago y Sistema digestivo:
Úlcera Duodenal No Si
¿Qué año?_____

Hepatitis No Si
¿Qué año?_____

Úlcera de Estomago No Si
¿Qué año?_____

Riñones:
Fallos Renales No Si
¿Qué año?_____

¿Está Embarazada? No Si

Mental/Emocional
Depresión No Si
¿Qué año?_____
Ansiedad No Si
¿Qué año?_____

Glándulas, hormonas y el control del azúcar:
Diabetes No Si
¿Qué año?_____

Deficiencia de Tiroides No Si
¿Qué año?_____

Exceso de Tiroides No Si
¿Qué año?_____

Sangre y Problemas con Nódulo Linfático:
Anemia No Si
¿Qué año?_____

Alergias, Problemas Inmunes e Infecciones:
VIH(HIV) No Si
¿Qué año?_____

Mononucleosis Infecciosa No Si
¿Qué año?_____

Por favor agregue cualquier otra condición de salud que no fue mencionada:

Firma de Paciente o Guardián

Firma Paciente o Guardián

Fecha (mm-dd-aa)