



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
COMPAÑIA DONDE TRABAJA	OCUPACION (MENCIONE 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 NACIMIENTO			

### 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 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](mailto: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](mailto: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

<b>Nombre de medicamento</b>	<b>Tipo de Reacción</b>

**OTRAS ALERGIAS:** ¿Es usted es alérgico a los mariscos?

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

¿Es usted es 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:

**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

¿Está Embarazada?

No  Si

#### **Nariz o Sinusitis:**

Alergias Nasales

No  Si

#### **Mental/Emocional**

Depresión

No  Si

¿Qué año?\_\_\_\_\_

Ansiedad

No  Si

¿Qué año?\_\_\_\_\_

#### **Corazón y Sangre:**

Colesterol Elevado/Alto

No  Si

#### **Glándulas, hormonas y el control del azúcar:**

Diabetes

No  Si

¿Qué año?\_\_\_\_\_

Deficiencia de Tiroides

No  Si

¿Qué año?\_\_\_\_\_

#### **Pulmones/Sistema respiratorio:**

Tuberculosis

No  Si

Exceso de Tiroides

No  Si

¿Qué año?\_\_\_\_\_

¿Qué año?\_\_\_\_\_

#### **Estómago y Sistema digestivo:**

Ulcera Duodenal

No  Si

#### **Sangre y Problemas con Nódulo Linfático:**

Anemia

No  Si

¿Qué año?\_\_\_\_\_

Hepatitis

No  Si

¿Qué año?\_\_\_\_\_

¿Qué año?\_\_\_\_\_

VIH(HIV)

Ulcera de Estomago

No  Si

No  Si

¿Qué año?\_\_\_\_\_

Mononucleosis Infecciosa

No  Si

#### **Riñones:**

Fallos Renales

No  Si

¿Qué año?\_\_\_\_\_

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

---

---

---

---

---

---