

INFORMACION DEL PACIENTE

SECCION 1 - INFORMACION PERSONAL DE EL PACIENTE

Nombre: _____ NSS: _____ - _____ - _____ Fecha de Nacimiento: _____

Domicilio: _____ Ciudad: _____

Estado: _____Codigo Postal: _____

#Telefono: _____ #Telefono de Empleo: _____ #Cellular: _____

Sexo:(circule uno) Hombre / Mujer Estatura: _____ Peso: _____

Estado Civil: Soltero(a) / Casado(a) / Otro

Sitio de Empleo: _____

Direccion de Empleo: _____ Ciudad: _____

Estado: _____Codigo Postal: _____

Nombre de su Esposo(a): _____ #Telefono: _____ NSS: _____ - _____ - _____

SECCION 2 - PERSONA RESPONSABLE (SI NO ES EL PACIENTE)

Relacion al paciente:(circule uno) Madre / Padre / Guardian / otro (Explique): _____

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Domicilio: _____ Ciudad: _____

Estado: _____Codigo Postal: _____

Sitio de Empleo: _____ #Telefono de Empleo: _____

Direccion de Empleo: _____ Ciudad: _____

Estado: _____Codigo Postal: _____

SECCION 3 - CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre: _____ Relacion al paciente: _____

#Telefono: _____ #Telefono de Empleo: _____

SECCION 4 - INFORMACION MEDICA

Diagnosis: _____ Fecha de la lesion: _____

Donde y como sucedio la lesion: _____

Nombre de su medico familiar: _____ #Telefono: _____

Nombre de el medico que lo referio: _____ #Telefono: _____

Es usted diabetico? (circule uno) SI / NO

(Continue en la proxima pagina)

SECCION 4 - CONTINUACION

Nombre de el Medico que supervisa su diabetes? _____ #Telefono: _____

Que medicamentos esta usted tomando actualmente? _____

Si tuvo una amputacion, fecha de amputacion: _____

Nivel de amputacion: _____ Lado:(circule uno) Derecho / Izquierdo / Bilateral

SECCION 5 - INFORMACION SOBRE SU SEGURO

Es un caso de Workman's Comp.? SI / NO (Si, por favor llene la forma para Workman's Comp.)

Es a causa de un accidente de Auto / Domestico: SI / NO Fecha de accidente: _____

En que estado ocurrio el accidente? _____

Seguro de Auto / Domestico: _____ # Plan: _____

Persona de Contacto: _____ #Telefono: _____

SEGURO PRIMARIO:

Poseedor de Plan: _____ Fecha de Nacimiento: _____

NSS: _____ Relacion al paciente: _____

Grupo: _____ # I.D: _____

SEGURO SECUNDARIO:

Poseedor De Plan: _____ Fecha de Nacimiento: _____

NSS: _____ Relacion al paciente: _____

Grupo: _____ # I.D: _____

A recibido el paciente un producto o aparato similar en los ultimos 3 anos de cualquier otro proveedor? SI / NO

Si, cuando y el nombre de el Proveedor: _____

INICIALES DE PERSONA RESPONSABLE: _____

A lo mejor de mi conocimiento, todas las respuestas precedentes son correctas y verdaderas. Si tengo un cambio en mi salud o medicamentos, informare al practicante lo mas antes posible. Yo doy mi permiso para contactar a mi medico sobre detalles o consejos. Tambien autorizo la toma de fotografias Y otras medidas diagnosticas para una evaluacion completa. Yo, autorizo a Orthotic y Prosthetic Technologies para descargar o obtener cualquier informacion requerida en el curso de mi examinacion o tratamiento.

Firma: _____ Fecha: _____