



South Side  
**FOOT & WOUND**  
*Specialist*

1512 Pleasanton Rd. San Antonio, TX 78221  
Phone: (210) 924 - 0516 OR (210) 924 -7553  
Southsidefootandwound@gmail.com

## Informacion Personal

Nombre:

---

Ultimo

Primer

M.I.

Direccion

---

Telefono de Casa

---

Telefono Movil:

---

Estado Civil:

Casado

Soltero

Viudo

Divorciado

Sexo:

Masculino

Femenino

Fecha de Nacimiento

---

## Contacto de emergencia

Nombre de Contaco de Emergencia

---

Telefono:

---

Relación:

---

## Informacion Sobre Seguros

Compania de Seguros

---

ID:

---

Plan:

---

Grupo:

---

Nombre del Asegurado:

---

Cumpleaños del Asegurado:

---

Medico de Atencion

Telefono del Medico

Primaria:

---

de Primaria:

---

Farmacia  
Preferida: \_\_\_\_\_

Telefono de la  
Farmacia: \_\_\_\_\_

¿Ha sido podólogo anteriormente?  Si  No

En caso afirmativo,rellene la parte inferior:

Nombre: \_\_\_\_\_ Ultima Visita: \_\_\_\_\_ Motivo \_\_\_\_\_

## Informacion Laboral o Escolar

### Situacion Laboral/ Escolar

Empleado  A Tiempo Completo/Parcial  Estudiante  Jubilado  Discapacitado

Nombre de la Empresas/ Escuela \_\_\_\_\_ Profesion \_\_\_\_\_

Telefono del Trabajo \_\_\_\_\_ Telefono de la Escuela \_\_\_\_\_

## Tratar el Consentimiento y la Responsabilidad del Pago del Servicio Requerido

Por la presente consiento y doy cualquier permiso al médico (y los asistentes del médico) para llevar a cabo tal procedimiento en mí como el médico considere necesario. Yo, el abajo firmante, certifico que tengo cobertura de seguro como se indica y asignar directamente al los consultorio medico todos los beneficios del seguro, en su caso, de otro modo pagadero a mí por el servicio prestado. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos sean o no pagados por el seguro. Por la presente autorizo al médico a divulgar toda la información necesaria para asegurar el pago de los beneficios. Autorizo el uso de esta firma en todas las presentaciones del seguro.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente

\_\_\_\_\_  
Relación de la paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

## Alergias

Medicamentos: \_\_\_\_\_ Comida: \_\_\_\_\_

Cinta Adhesiva  Latex  Marisco  Yodo  Otros: \_\_\_\_\_

## Historial Médico

¿Tiene alguno de los siguientes problemas médicos?

(Marque con que los correspondo)

<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Hepatitis	<input type="checkbox"/> Ulceras de Estomago	<input type="checkbox"/> Apnea del Sueno
<input type="checkbox"/> Cancer	<input type="checkbox"/> Dolores de Cabeza	<input type="checkbox"/> Gota	<input type="checkbox"/> Problemas de Audicion
<input type="checkbox"/> Psoriasis	<input type="checkbox"/> Trastorno Hemorriagico	<input type="checkbox"/> Problemas de Vision	<input type="checkbox"/> Espondilitis Anquilosante
<input type="checkbox"/> Enfermedades Renales	<input type="checkbox"/> Problemas de Piel	<input type="checkbox"/> Ictus	<input type="checkbox"/> Enfermedades Hepaticas
<input type="checkbox"/> Problemas Respiratorios	<input type="checkbox"/> Problemas Cardiacos	<input type="checkbox"/> Coagulos Sanguineos	<input type="checkbox"/> Estrenimiento
<input type="checkbox"/> Diabetes I, II: Anos	<input type="checkbox"/> Hipertension Arterial	<input type="checkbox"/> Tension Arterial Baja	<input type="checkbox"/> Otros:

¿Tomamos medicamentos?

---

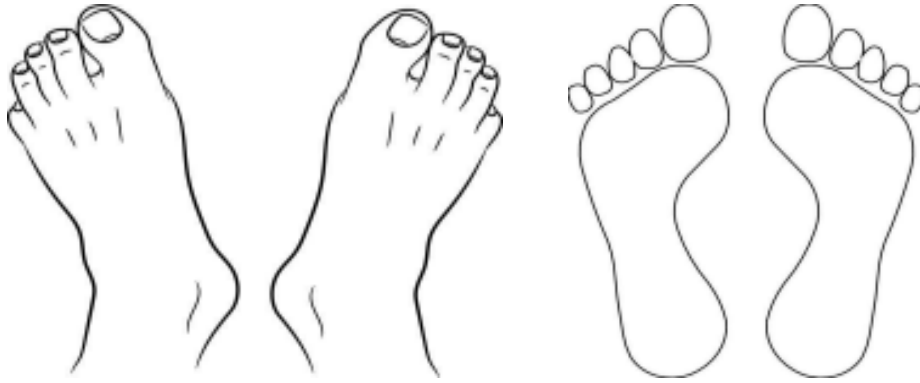
---

## Problema Actual

¿Con qué pie tienes el problema?

Pie Izquierdo  Pie Derecho  Ambos

(Marque Donde Esta la Problema)



¿Cuánto hace que empezó este dolor o molestia? \_\_\_\_\_ Días/ Semanas/ Meses/ Años.

¿Cómo calificaría el dolor en una escala de 0 (sin dolor) a 10 (peor dolor)? \_\_\_\_\_

¿Qué hace que tu dolor o problema mejore? \_\_\_\_\_

¿Qué hace que tu dolor o problema mejore? \_\_\_\_\_

¿Qué tratamiento has recibido para este problema? \_\_\_\_\_

¿Este problema fue causado por una lesión?  Si  No

En caso afirmativo, descríballo:

---

---

### La Importancia de Dar Información Médica

A mi leal saber y entender, he respondido con exactitud a las preguntas de este formulario. Entiendo que proporcionar información incorrecta puede ser peligroso para mi salud. Entiendo que es mi responsabilidad informar al médico y al personal del consultorio de cualquier cambio en mi estado médico.

---

Firma del Paciente

Relación de la paciente

Fecha

# DIVULGACION Y CONSENTIMIENTO

## PROCEDIMIENTO MÉDICO Y QUIRÚRGICO

**Paciente nombre:** \_\_\_\_\_

Usted tiene derecho, como paciente a ser informado sobre su estado y sobre los procedimientos quirurgicos, medicos o diagnosticos que se le recomienden par que pueda tomar la decision de someterse o no alarmarie, simplemente le hace estar mejor informado pudiendo dar o negar su consentimiento al procedimiento.

Solicito voluntariamente el medico como mi medico y a los asociados, asistentes tecnicos y otros proveedores de salud, que consideren necesarios, para tratar cualquier afeccion que se me hay explicado como desbridamiento (extirpacion de tejido necrotico).

Entiendo que los siguientes procedimientos quirúrgicos, médicos y / o procedimientos (s) están previstas para mí, y yo voluntariamente consentimiento y autorizo a estos procedimientos, desbridamiento punzocortante en serie del sitio de la herida (s) a tejido sano y viable, con o sin biopsia de tejido, a lo largo de este curso de tratamiento.

Entiendo que el médico puede descubrir otras condiciones o condiciones diferentes que requieren procedimientos adicionales o diferentes a los planeados. Autorizo a mi médico y a los asociados, asistentes técnicos y otros proveedores de atención médica a realizar otros procedimientos que sean aconsejables según su criterio profesional.

Entiendo que no se me ha dado ninguna garantía en cuanto al resultado o la curación y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes del tratamiento.

Así como puede haber riesgos y peligros en continuar mi condición actual sin tratamiento, también hay riesgos y peligros relacionados con la realización de los procedimientos quirúrgicos, médicos y/o diagnósticos planeados para mí. Soy consciente de que los procedimientos quirúrgicos, médicos y/o diagnósticos pueden provocar infecciones, coágulos sanguíneos en venas y pulmones, hemorragias, reacciones alérgicas e incluso la muerte. También soy consciente de que los siguientes riesgos y peligros pueden ocurrir en relación con este procedimiento: Limpieza, legrado y/o desbridamiento.

Entiendo que la anestesia (local) implica riesgos y peligros adicionales solicitó el uso de una estética (si es necesario) para el alivio y la protección del dolor durante los procedimientos previstos y adicionales.

---

Firma del Paciente

Relación de la paciente

Fecha