

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