

# JAWS podiatry

ABRAHAM WAGNER, DPM ♦ TRAVIS MARTIN, DPM  
GEORGE SCHWENCK, DPM ♦ HUGO FERNANDEZ, DPM  
3700 Washington Street, Suite #403 ♦ Hollywood, FL ♦ 33021  
Office: (954)922-7333 ♦ Fax: (954) 922-4842  
[footandanklehollywood@gmail.com](mailto:footandanklehollywood@gmail.com)

## PLEASE PRINT CLEARLY

FIRST/NOMBRE \_\_\_\_\_ MI \_\_\_\_\_ LAST/APELLIDO \_\_\_\_\_

ADDRESS/DIRECCIÓN \_\_\_\_\_ SUITE/APT \_\_\_\_\_

CITY/CUIDAD \_\_\_\_\_ STATE/ESTADO \_\_\_\_\_ ZIP/CÓDICOPOSTAL \_\_\_\_\_

E-MAIL ADDRESS \_\_\_\_\_

HOME/CASA: (    ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ WORK/TRABAJO: (    ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

CELL/CELULAR: (    ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ DATE OF BIRTH/FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_

SOCIAL SECURITY/ NÚMERO SOCIAL #: \_\_\_\_\_ -- \_\_\_\_\_ -- \_\_\_\_\_

FAMILY PHYSICIAN/MÉDICO DE CABECERA \_\_\_\_\_

PHONE/TELÉFONO (    ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

WHO MAY WE THANK FOR THIS REFERRAL? \_\_\_\_\_

¿QUIÉN LO REMITIO USTED A NUESTRA OFICINA? \_\_\_\_\_

MARITAL STATUS/ ESTADO CIVIL:

SINGLE/SOLTERO(A) MARRIED/CASADO(A) DIVORCED/DIVORCIADO(A) WIDOWED/VIUDO(A) PARTNERSHIP/ PAREJA

EMERGENCY CONTACT/CONTACTO DE EMERGENCIA \_\_\_\_\_

PHONE/TELÉFONO (    ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

EMPLOYER/EMPLEADOR: \_\_\_\_\_

I hereby authorize my insurance company to pay directly to Jeffrey Galitz, MD, DPM, PA any and all medical and/or surgical fees otherwise payable to me for their professional services.

I acknowledge that I am personally responsible and liable to Jeffrey Galitz, MD, DPM, PA, for any and all surgical and/or medical fees billed by them. Should Jeffrey Galitz, MD, DPM, PA accept payment directly from my insurance company; I understand that I am responsible and liable for any and all deductible/co-pay expenses for the insurance company. If in the event Jeffrey Galitz, MD, DPM, PA are required to retain the services of an attorney/collection agency to collect his bills I agree to pay Jeffrey Galitz, MD, DPM, PA's fees up through and including appellate fees.

A copy of our office's Privacy Practices is available from the front desk upon request.

Por la presente autorizo a mi compañía de seguros a pagar directamente a Jeffrey Galitz, MD, DPM, PA cualquier y todos los gastos médicos y / o quirúrgicos de otro modo pagadero a mí por sus servicios profesionales.

Reconozco que soy personalmente responsable y obligado a Jeffrey Galitz, MD, DPM, PA, de cualquier y todos los honorarios quirúrgicos y / o médicos facturados por ellos. En caso de Jeffrey Galitz, MD, DPM, PA aceptar el pago directamente de mi compañía de seguros, yo entiendo que soy responsable y responsable por cualquier y todos los gastos deducibles / co-pago de la compañía de seguros. Si en el caso de Jeffrey Galitz, MD, DPM, PA están obligados a contratar los servicios de una agencia de abogado / colección para recoger sus cuentas Acepto pagar Jeffrey Galitz, MD, DPM, PA, honorarios de DPM arriba hasta e incluyendo los honorarios de apelación.

Una copia de las prácticas de privacidad de nuestra oficina está disponible en la recepción bajo petición.

SIGNATURE/ FIRMA \_\_\_\_\_

DATE/ FECHA \_\_\_\_\_

**LA HISTORIA DEL PACIENTE**

**\* Por favor, rellene todos los formularios al máximo de su capacidad. El personal repasará la forma y responder a cualquier pregunta que pueda tener.**

Nombre completo: \_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_

1) ¿Cuál es el principal problema con los pies o los tobillos? \_\_\_\_\_

2) ¿Cuándo notó por primera vez la condición? \_\_\_\_\_

3) ¿Es esta una lesión?  Sí  No. Si la Sí, cuando se le ocurrió? \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

En caso afirmativo, ¿qué sucedió en el trabajo?  Si  No ¿Está reclamando compensación al trabajador?  Si  No

4) Comprobar todos los siguientes que correspondan:

**Tipo de Dolor**  Ardiente  Hormigueo  Agudo  Sordo  Punzante  Insoportable

**Cuando Dolorosa**  Permanente  Cuando Camina  Depues  Antes  Deportes

Peor Con actividad  Mejor con actividad continúa  Peor al estar de pie  Con Zapatos  Sin Zapatos

A.M  P.M  Acostado  En la Cama

5) ¿Qué tan doloroso es su condición? Si = 0 "sin dolor" y 10 = "el peor dolor que jamás haya experimentado", encierre en un círculo su nivel de dolor: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

6) ¿Ha tenido cuidado de los pies antes?  Si  No Por quién y cuándo: \_\_\_\_\_

**Antecedentes Quirugicos**

Procedimientos u Hospitalizacion	Fecha	Complicaciones

**Medicamentos** (Por favor liste todos los medicamentos con corriente, sobre el mostrador, y suplementos está tomando)

Medicamentos	Dosis	Frecuencia	Medicamentos	Dosis	Frecuencias
1.			1.		
2.			2.		
3.			3.		

**Farmacia:** \_\_\_\_\_ **Número:** \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**HISTORIAL MÉDICO** Por favor, coloque una marca de verificación junto a cuál de las siguientes padece y si está indicado, por favor escribir en el espacio después de qué tipo.

<input type="checkbox"/>	Anemia	<input type="checkbox"/>	Deformidad del pie	<input type="checkbox"/>	Marcapasos
<input type="checkbox"/>	Artritis	<input type="checkbox"/>	Frost Bite	<input type="checkbox"/>	Enfermedad Vasculat Periferica
<input type="checkbox"/>	Articulacion Artificial	<input type="checkbox"/>	La Gota	<input type="checkbox"/>	Poliomielitis
<input type="checkbox"/>	Asma	<input type="checkbox"/>	HIV/SIDA	<input type="checkbox"/>	Embolia Pulmonar
<input type="checkbox"/>	Dolor de Espalda	<input type="checkbox"/>	Dolores de cabeza/Migrañas	<input type="checkbox"/>	Enfermedad Raynaud's
<input type="checkbox"/>	Trastorno de la Coagulacion	<input type="checkbox"/>	Enfermedad Cardiaca	<input type="checkbox"/>	Artritis/Reumatoide
<input type="checkbox"/>	Cuagulos de Sangre	<input type="checkbox"/>	Hepatitis	<input type="checkbox"/>	Convulsiones/Epilepsia
<input type="checkbox"/>	Cancer	<input type="checkbox"/>	Hernia	<input type="checkbox"/>	Stroke
<input type="checkbox"/>	Enfermedad Arteria Coronaria	<input type="checkbox"/>	Hipertension	<input type="checkbox"/>	Abuso de Sustancias
<input type="checkbox"/>	DVT	<input type="checkbox"/>	Enfermedad de Riñones	<input type="checkbox"/>	Problemas de Tiroides
<input type="checkbox"/>	Diabetes	<input type="checkbox"/>	Ulcera Pierna/ Pie	<input type="checkbox"/>	Tuberculosis
<input type="checkbox"/>	Dialisis	<input type="checkbox"/>	Enfermedad del higado	<input type="checkbox"/>	Venas Varicosas
<input type="checkbox"/>	Altos Nivel de Colesterol	<input type="checkbox"/>	Enfermedad Pulmonar	<input type="checkbox"/>	Otros
<input type="checkbox"/>	Hinchazon	<input type="checkbox"/>	Transplante de Organos	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Fibromialgia	<input type="checkbox"/>	Osteoporosis	<input type="checkbox"/>	

## HISTORIA SOCIAL

¿Bebes alcohol? \_\_\_ Si \_\_\_ No; Si es así, ¿cuánto? ☐ ☐ 1-2 por semana, 5-6 por semana ☑ > 3 por día

### uso de drogas recreativas

\* Cualquier tipo de uso de drogas es una opción personal y de ninguna manera afectar negativamente a su relación con el médico. Sin embargo, muchos medicamentos pueden interactuar con otros medicamentos y tratamientos con efectos potenciales que amenazan la vida. Por lo tanto, es extremadamente importante que responda con honestidad. Su respuesta se llevará a cabo en la más estricta confidencialidad médico-paciente.

Respuesta: \_\_\_ Si \_\_\_ No

En caso afirmativo: ¿Qué sustancia y cómo usa a menudo? \_\_\_\_\_

¿Cuál es su ocupación? \_\_\_\_\_

Cuál es tu estado civil? \_\_\_ Casado(a) \_\_\_ Soltero(a) \_\_\_ Divorciado(a) \_\_\_ Separado(a) \_\_\_ Viudo(a) \_\_\_ Pareja

¿Usted fuma tabaco? \_\_\_ Si \_\_\_ No

En caso afirmativo: \_\_\_ # de años de fumar? \_\_\_ Paquetes Por día? \_\_\_ Cigarettes Por día?

Si no: ¿Fumó usted? \_\_\_ Si \_\_\_ No

Si sale: ¿Cómo hace cuanto tiempo que dejó de fumar? \_\_\_\_\_

## HISTORIA DE LA FAMILIA \* Por favor marque todo lo que corresponda

	Diabetes 1 o 2	Enfermedad del Corazon	Hiertension	Gota	Cancer y Tipo	Edad de Muerte
Padre						
Madre						
Hermano						
Hermana						

## ALERGIAS: Por favor listar todas las alergias y los tipos de reacciones que tiene:

Médico de atención primaria: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_

Fecha aproximada de último examen físico \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

¿Qué otros médicos ¿nos gustaría compartir una copia de su visita con?

☑ Diabetes; ¿Cuál es el nombre y número de teléfono del médico que lo trata por la diabetes?

¿Cuándo fue su última visita? \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ ¿Cuál es su lectura promedio de azúcar en la sangre?

¿Estas embarazada? \_\_\_ Si \_\_\_ No ¿Cuántas semanas? \_\_\_\_\_

## REVISIÓN DE SISTEMAS ( ) No estoy experimentando cualquiera de los siguientes síntomas.

\* Si usted está experimentando cualquiera de los siguientes favor marque las casillas correspondientes:

**General:** \_\_\_ Fiebre \_\_\_ Sudor \_\_\_ Ganancia de Peso \_\_\_ Perdida de Peso

**Vision:** \_\_\_ Lentes \_\_\_ Contactos \_\_\_ Visión Doble \_\_\_ Borroso \_\_\_ Ceguera \_\_\_

**Orejas:** \_\_\_ Pérdida de la audición \_\_\_ Zumbido \_\_\_ Dolor \_\_\_ Cronico

**Nariz:** \_\_\_ sangra \_\_\_ Sinusitis

**La boca / Garganta:** \_\_\_ Dolor \_\_\_ Sangrado en Ancías \_\_\_ Ronquidos \_\_\_ Boca Seca \_\_\_ Problemas en los Dientes

**Cardiovascular:** \_\_\_ Dolor de Pecho \_\_\_ Falta de Aliento al caminar \_\_\_ Palpitations \_\_\_ Soplos \_\_\_ calambres \_\_\_ Enfermedad da la válvula \_\_\_ Pierna

**Respiratorio:** \_\_\_ Tos \_\_\_ Sivilancia \_\_\_ Falta de Aliento \_\_\_ Apnea de Sueño \_\_\_ Tosiendo Sangre

**Gastrointestinal:** \_\_\_ Nausea \_\_\_ Vomito \_\_\_ Diarrea \_\_\_ Extreñimiento \_\_\_ Sangreaniento \_\_\_ Perdida delApetito \_\_\_ Reflujo

**Genitourinario:** \_\_\_ riñón o de la vejiga infecciones \_\_\_ Cronico \_\_\_ Orinar Dificulta \_\_\_ Dolor al orinar o sangre en la orina \_\_\_ Oscuro

**Musculoesquelético:** \_\_\_ Dolores de Musculo Devilidad \_\_\_ Dolor en la Articulaciones \_\_\_ Dolor de Espalda \_\_\_ Hinchazón en los Pies \_\_\_ Dificultad al caminar \_\_\_ Frecuentes CAE

**Piel:** \_\_\_ Mole Abnormal \_\_\_ Erupcion \_\_\_ Seco

**Neurológica:** \_\_\_ Perdida de Conciencia \_\_\_ Hormigeo / entumecimiento \_\_\_ Seizures \_\_\_ Mareo \_\_\_ Dolores de Cabeza

**Psiquiátrico:** \_\_\_ Depression \_\_\_ Dificultades para Dormir

**Endocrino:** \_\_\_ Fatiga \_\_\_ Intolerancia al Calor \_\_\_ Intolerancia al Frio \_\_\_ Pérdida de Cabello

**Hematológicos:** \_\_\_ Moretones con Facilidad \_\_\_ Sangrado Excesivo

**AVISO DE NORMAS DE PRIVACIDAD (regulaciones de HIPAA)**

( ) Se le proveyó un documento titulado "Aviso de prácticas de privacidad." Es requerido por las regulaciones gubernamentales que todas las instalaciones médicas comunicadas con este aviso. Por favor marque la casilla para confirmar que ha leído (o tenido la oportunidad de leer si se eligió) y entender el aviso. Esta es una copia de la notificación de que es tuyo para siempre. Si no desea que la copia, sólo tiene que volver a la recepcionista con sus otros materiales.

**CONSENTIMIENTO**

Certifico que la información anterior es verdadera y correcta a lo mejor de mi conocimiento. Doy permiso al médico para administrar y llevar a cabo estos procedimientos, incluyendo las inyecciones terapéuticas y de diagnóstico, que se consideren necesarios para el diagnóstico y / o tratamiento de mis pies.

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

FSOA08/20/08

**LIBERACIÓN DE INFORMACIÓN**

NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_

(Letra de imprenta)

Por la presente autorizo a revelar \_\_\_\_\_ / o

liberar cualquier y toda la información conserning mi enfermedad y / o tratamiento de

\_\_\_\_\_  
Paciente / Tutor

\_\_\_\_\_  
Firma del Testigo



### **Autorización Para Realizar Fotografías, Videos o Grabaciones**

Por la presente, consiento en ser entrevistado, fotografiado, grabado en video o filmado por representantes de JAWS healthcare para fines de publicación, exhibición o transmisión (impresión, web, pantalla digital y todas las demás formas de medios).

Acepto que tales entrevistas, grabaciones, artículos, citas, fotografías, películas, audio o video y / o reproducciones de los mismos en cualquier forma, son propiedad de JAWS healthcare, y renuncio a cualquier reclamo presente o futuro de reembolso por dicha fotografía. o reproducción en película de mi semejanza o de dichos testimonios por mí.

Por la presente, libero JAWS healthcare, sus afiliados, empleados, representantes y agentes de todos y cada uno de los reclamos, demandas, costos y responsabilidad que puedan surgir del uso de estas entrevistas, grabaciones, fotografías, cintas de video o películas, y / o cualquier reproducción de los mismos en cualquier forma, como se describe arriba, que surja de ser entrevistado, fotografiado, grabado en video o filmado.

Reconozco que he leído este formulario de consentimiento en su totalidad, o que me lo han leído (o traducido), y he tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre él y entenderlo.

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre y apellido: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

\*Nombre y apellido del padre o tutor legal:  
\_\_\_\_\_

\*Firma del padre o tutor legal:  
\_\_\_\_\_

Testigo: \_\_\_\_\_

\*Nombre y firma del padre o tutor legal requerido para personas menores de 18 años