



Kent H. Olsen, DPM
Irving Foot and Ankle
2001 N. MacArthur Blvd.
Suite 300
Irving, TX 75061
O:972-254-0680 f: 972-254-0683

BIENVENIDOS A IRVING FOOT & ANKLE CENTER
INFORMATION DEL PACIENTE

(Esta informacion confidencial es importante para que podamos conocer su salud)

Apellido: _____ Nombre: _____ Fecha: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ Sexo _____

Raza: _____ Etnicidad _____

Licencia de Conducir #: _____ # Seguro Social _____

de Tel del Hogar: _____ # del Tel de Celular: _____

Direccion: _____
CALLE CIUDAD ESTADO CODIGO POSTAL

INFORMACION DEL ASEGURANSA

Aseguranza Primario: _____

de Identificacion _____ Grupo/Politica #: _____

Aseguranza Secundaria _____

de Identificacion /Membro _____ Grupo/Politica #: _____

PARTE RESPONSIBLE: (Persona Responsable por el pago de las cobras) *NECESITAMOS LA INFORMATION COMPLETA*

Apellido: _____ Nombre: _____ Relacion del Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Num. Seguro Social _____

Direccion: _____
CALLE CIUDAD ESTADO CODIGO POSTAL

Tel del Hogar _____

Empleador: _____ Ocupacion: _____ Tel del Trabajo: _____



Kent H. Olsen, DPM
Irving Foot and Ankle
2001 N. MacArthur Blvd.
Suite 300
Irving, TX 75061
O:972-254-0680 f: 972-254-0683

Referido Por: Doctor _____ Paciente/Amigo

Aseguransa Internet Facebook. Google, ext.

INFORMACION DE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA:

Nombre: _____ Relacion: _____ Tel de Hogar _____

Direccion: _____
CALLE CIUDAD ESTADO CODIGO POSTAL

Celular: _____ Trabajo: _____ Ext: _____

INFORMATION DE FARMACIA:

Nombre de Farmacia: _____ Tel: _____

Direccion: _____
CALLE CIUDAD ESTADO CODIGO POSTAL

POLITICA DE PAGO: Todos los servicios porporcionados son responsibilidad del paciente o el tutor del paciente. El paciente es respobsable por la cuenta aun cuando el paciente o el tutor del paciente tenga aseguranza.

AUTORIZO TRANSMITIR CUALQUIER INFORMATON MEDICA NECESARIA PARA ACTUAR EN LA PEDICION DE RECLAMO PRESENTE. AUTORIZO EL PAGO DIRECTO AL MEDICO QUE PRESTO LOS SERVICIOS DETALLADOS EN EL FORMULARIO DE RECLAMO ADJUNTO.

Firma de Paciente

Fecha



Kent H. Olsen, DPM
Irving Foot and Ankle
2001 N. MacArthur Blvd.
Suite 300
Irving, TX 75061
O:972-254-0680 f: 972-254-0683

INFORMACION MEDICA

Explique su problema en el pie/tobillo _____

¿Duración? ____Días:____Semanas:____Meses:____Años____ Pie Derecho o Izquierdo? _____

Cualquier tratamiento previo? _____ Por quien? _____

Doctor Primario: _____ Ultimo Examen: _____

Ex Podiatra: _____

Ha tenido algún otro problema con sus pies o tobillos? _____

Ha tenido algún operación (cirugía) es sus pies o tobillos? _____

INFORMACION GENERAL SE SALUD:

Peso ____ Altura ____ Tamaño/ancho de zapato ____ Tipo de zapato normalmente usa _____

Tienes Diabetes? Si No Si es así, Toma Insulina? Si No Numero de años _____

Fuma o masca tobacco? Si No

En caso afirmativo numero de paquetes/cigarros por día ____ Numero de años ____ si dejo de consumir tobacco, hace cuanto tiempo? _____

Bebe cerveza, vino o alcohol? Si No Ocasional Moderar Pesado

Bebes bebidas con cafeína? Si No Café Te Refresco

En su trabajo usted Se sienta la mayor parte del día Esta de pie la mayor tiempo del día

Requiere su empleador que use ciertos tipo de zapatos? Si No



Kent H. Olsen, DPM
Irving Foot and Ankle
2001 N. MacArthur Blvd.
Suite 300
Irving, TX 75061
O:972-254-0680 f: 972-254-0683

POR FAVOR LISTE TODOS LOS MEDICAMENTO QUE TOMA HOY EN DIA.

1) _____

2) _____

3) _____

4) _____

5) _____

6) _____

7) _____

8) _____

9) _____



Kent H. Olsen, DPM
 Irving Foot and Ankle
 2001 N. MacArthur Blvd.
 Suite 300
 Irving, TX 75061
 O:972-254-0680 f: 972-254-0683

POR FAVOR MARQUE SI USTED TIENE ALGUN ALERGIA

Penicilina

- | | | |
|------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Solfa | <input type="checkbox"/> Aspirina | <input type="checkbox"/> Cinta adhesiva : Curitas |
| <input type="checkbox"/> Tintura | <input type="checkbox"/> Antinflamatorio
(Advil, Motrin Aleve et) | <input type="checkbox"/> Otro(s):
_____ |
| <input type="checkbox"/> Keflex | <input type="checkbox"/> Codeina | _____ |
| <input type="checkbox"/> Tetraciclina | <input type="checkbox"/> Morfina o Demerol | |
| <input type="checkbox"/> Darvon/Darvocet | <input type="checkbox"/> Anestesia | |
| <input type="checkbox"/> Eritromicina | | |

Tiene alguna articulación (s) artificial (es) o válvula cardiaca? Si No. Si, si donde: _____

Marque si tiene una problema con alguno de los siguientes:

- | | | |
|---------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Desmayos | <input type="checkbox"/> Incontinencia urinaria | <input type="checkbox"/> Perdida de memoria |
| <input type="checkbox"/> Mareos | <input type="checkbox"/> Hemorroides | <input type="checkbox"/> Depresión |
| <input type="checkbox"/> Migraña(s) | <input type="checkbox"/> Problemas de la próstata | <input type="checkbox"/> Ataques de pánico |
| <input type="checkbox"/> Perdida de peso | <input type="checkbox"/> Dolorde espalda cronico | <input type="checkbox"/> Desorden Trastorno
obesivo-compulsivo |
| <input type="checkbox"/> Cataratas | <input type="checkbox"/> Infecciones por levaduras | <input type="checkbox"/> Menopausia |
| <input type="checkbox"/> Glaucoma | <input type="checkbox"/> Rigidez | <input type="checkbox"/> Enfermedad de células
Falciformes o rasgo |
| <input type="checkbox"/> Dientes o problemas en las
encías | <input type="checkbox"/> Artritis reumatoide | <input type="checkbox"/> Anemia |
| <input type="checkbox"/> Transfusión(es) de sangre | <input type="checkbox"/> Artrosis | <input type="checkbox"/> Gouta |
| <input type="checkbox"/> Soplo cardiaco | <input type="checkbox"/> Erupción gruesa o formación
descamación de la piel | <input type="checkbox"/> Infecciones frecuentes |
| <input type="checkbox"/> Ataque al corazón | <input type="checkbox"/> Adormeamiento o ardor en
brazos,manos,piernas, o pies | <input type="checkbox"/> Asma |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Cáncer de piel | <input type="checkbox"/> Otro(s) Cáncer(s)
_____ |
| <input type="checkbox"/> SIDA/HIV/ARC | <input type="checkbox"/> Reflujo gástrico | |
| <input type="checkbox"/> Fiebre Reumática | | |



Kent H. Olsen, DPM
Irving Foot and Ankle
2001 N. MacArthur Blvd.
Suite 300
Irving, TX 75061
O:972-254-0680 f: 972-254-0683

- Problemas de la válvula mitral
- Reflujo gástrico
- Enfermedad pulmonar obstructiva Tuberculosis
- Hormigueo en brazos,manos,piernas, o pies
- Levantarse para orinar después de acostarse

Historia Familiar:

- Artritis
- Enfermedad del Corazón
- Juanetes
- Trastornos de la coagulación
- Células falciformes
- Diabetes
- Gota
- Pies planos
- Dedos de martillo
- Trastornos neurológicos

Firma

Fecha



Kent H. Olsen, DPM
Irving Foot and Ankle
2001 N. MacArthur Blvd.
Suite 300
Irving, TX 75061
O:972-254-0680 f: 972-254-0683

RECONOCIMIENTO DE RECIBO DEL AVISO DE PRACTICAS DE PRICACIDAD

Reconozco que me proporcionaron una copia del aviso de practicas de privacidad y que lei (o tuve la oportunidad de leer si así lo decidí) entiendo el aviso.

Nombre del paciente (en letra de imprenta) Fecha

Nombre del padre o nombre del representante autorizado (si corresponde)

Firma

- Doy mi permiso al Dr. Kent Olsen, DPM para divulgar y discutir cualquier información relacionado con mi(s) condición(s) medica(s) con los siguientes miembros de la familia, otros familiares y/o amigos personales cercanos:

Nombre: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Relación: _____

- No deseo dar permiso para que familiares adicionales, familiares o amigos personales cercanos tengan acceso a cualquier información con mi medico.

Firma Fecha



Kent H. Olsen, DPM
Irving Foot and Ankle
2001 N. MacArthur Blvd.
Suite 300
Irving, TX 75061
O:972-254-0680 f: 972-254-0683

ASIGNACION LEGAL DE BENEFICIOS Y LIBERACION DE REGISTROS MEDICOS Y DOCUMENTOS DEL PLAN

Al considerar la cantidad de gastos médicos en que se incurrirá yo.

Los abajo firmantes tienen cobertura de seguro y/o beneficios de atención médica para empleados con el título adjunto, y por la presente asignan y transmiten directamente a Dr. Kent Olsen DPM todos los beneficios médicos y/o el reembolso del seguro, si lo hubiera pagarme de otro manera por los servicios prestados por el podiatra mencionado anteriormente. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos independientemente de cualquier pago de seguro o beneficio aplicable y entiendo que estos saldos vencen dentro de los noventa (90) días a partir de la fecha de pago y/o denegación del seguro y si son necesarios intentos externos también será responsable de todos los gastos de recaudación y legales. Autorizo Dr. Kent Olsen DPM para liberar toda la información médica para procesar mis reclamos. Autorizo a cualquier administrador del plan o fiduciario, asegurador y mi abogado para liberar a Dr. Kent Olsen DPM todos los documentos del plan, póliza de seguro y/o información de liquidación previa solicitud por escrito por Dr. Kent Olsen DPM para reclamar dichos beneficios médicos, reembolso o cualquier remedio aplicante. Autorizo el uso de esta firma en todas mis solicitudes de seguro y/o de beneficios de salud para empleados. Transmitir a Dr. Kent Olsen DPM en la medida de lo posible según la ley y las pólizas de seguro aplicables y/o el plan de atención médica de los empleados, cualquier reclamo, elegí en acción, u otro derecho que pueda tener a tal seguro y/o cobertura de beneficios de atención médica para empleados bajo cualquier póliza de seguro aplicable y/o plan de atención medio con respecto a los gastos médicos incurridos como resultado de los servicios médicos recibí de Dr. Kent Olsen DPM y en la medida permitida por la ley para reclamar dichos beneficios médicos, reembolso de seguro y cualquier remedio aplicable. Además, en respuesta a cualquier solicitud razonable de cooperación. Estoy de acuerdo en cooperar con Dr. Kent Olsen DPM en cualquier intento por Dr. Kent Olsen DPM para presentar dicha reclamación, elija en acción o derecho contra mis aseguradores y/o el plan de atención médica de los empleados, incluyendo, si es necesario presentar una demanda con Dr. Kent Olsen DPM en contra de dichos aseguradores y/o plan de salud de los empleados en mi nombre, pero al Dr. Kent Olsen DPM gasto.

Esta asignación permanecerá vigente hasta que sea revocada por mi por escrito. Una fotocopia de esta asignación debe considerarse tan válida como la original. He leído y entiendo completamente este acuerdo.

Firma

Fecha

Relación del Guardian con el menor de edad: _____

Testigo



Kent H. Olsen, DPM
Irving Foot and Ankle
2001 N. MacArthur Blvd.
Suite 300
Irving, TX 75061
O:972-254-0680 f: 972-254-0683

Paciente Registro de Dirección de Correo Electrónico y Mensaje de Texto

Irving Foot & Ankle ahora tiene la capacidad de proporcionar a nuestros pacientes ciertos tipos de información por correo electrónico y/o mensajes de texto.

Irving Foot & Ankle cree firmemente en la protección de la privacidad de nuestros pacientes. Cuando nos proporciona esta información, solo se usa para comunicarse con usted. Para proteger su privacidad, no se enviara ninguna información confidencial o personal de Irving Foot & Ankle por correo electrónico o mensaje de Texto.

Irving Foot & Ankle no comparte los nombres, las direcciones de correo electrónico ni los números de teléfono de los pacientes con ninguna otra compañía p con ningún otro paciente.

Por favor imprima toda la información de forma clatro y legible

Nombre

Correo Electrónico

De Tel de Celular

- Si por favor inscribirme para recibir confirmaciones por correo electrónico y mensajes de texto.
- No deseo ser contactado por correo electrónico. (mensajería de texto SOLAMENTE)