

Bienvenido a: Spears Prótesis y Órtesis
Hoja de información del paciente

Información del paciente (Toda la información es confidencial y no se divulgará)

Nombre: _____ Sexo: _____ D.O.B. _____

direccio'n: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código

postal: _____ Teléfono de casa () _____ Teléfono móvil:()

_____ Contacto de emergencia: _____ teléfono

_____ Relación _____

#De Seguro Social _____ Altura: _____ Peso: _____

¿Cuál es su número de zapato? _____

Estado civil: Soltero _____ Casado _____ Divorciado _____ Viudo _____

Dirección de correo electrónico _____

¿Alguna vez ha tenido algún tipo de aparato ortopédico antes? Si _____

No _____ En caso afirmativo, díganos qué _____

INFORMACIÓN DE TRABAJO

Nombre del empleador _____

Dirección del empleado: _____

Número de trabajo: _____

Dirección de correo electrónico del trabajo _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO

Seguro Primario _____

Número de identificación de la póliza# _____

Nombre del titular de la póliza _____ fecha de nacimiento

Seguro secundario _____

Política/Identificación#: _____

Nombre del titular de la póliza _____

fecha de nacimiento _____ fecha de nacimiento _____

Compensación de trabajadores:

¿Es su condición el resultado de una lesión? Sí ___ No ___

Fecha Fecha de la lesión: _____

¿Tu lesión estuvo relacionada con el trabajo?

sí ___ No ___ Afirmar#: _____

Nombre de la
ajustadora: _____ teléfono# _____

Información del médico

Nombre del Médico que lo refirió El dr
El dr. _____ Teléfono#: _____

Eres diabético? sí ___ or No ___

Si es así, ¿Quién es su médico diabético que le da su insulina o ¿píldora?

Dr. _____ Teléfono # _____

INFORMACIÓN DE SALUD

Por favor marque indicando cualquiera de los siguientes que ha tenido:

- ___ Cirugía cardíaca/ataque/enfermedad ___ Accidente cerebrovascular/parálisis
- ___ Trastorno hemorrágico ___ Enfermedad renal ___ Diabéticos dependientes de insulina
- ___ Problemas de equilibrio ___ Cáncer ___ Enfermedad del hígado
- ___ Diabéticos no insulino dependientes ___ Osteomielitis ___ Artritis ___ Depresión
- ___ Ansiedad ___ Problemas pulmonares/respiratorios ___ Dolor ___ VIH/SIDA
- ___ Estafilococo u otras infecciones ___ PVD ___ Mala Circulación ___ Llagas/Heridas Abiertas
- ___ Hepatitis A, B, C ___ Problemas de Visión ___ Presión arterial alta o baja ___ Coágulos de sangre ___ Trastorno convulsivo ___ Problemas auditivos

Si marcó alguna de estas condiciones anteriores o está teniendo otras, indique la naturaleza específica a continuación.

:Enumere cualquier alergia que tenga (especialmente al látex, cremas, tintes u otros materiales)

Enumere las cirugías a continuación:

_____ Fecha _____ el cirujano _____
_____ Fecha _____ el cirujano _____

El abajo firmante certifica que la información anterior es verdadera, precisa y completa:

Fecha

Firma del paciente / garante:

_____ Fecha _____