

Brian O'Carroll, DPM

911 Oak Park Blvd, Ste 106, Pismo Beach, CA 93449 t: (805) 481-9100 f: (805) 481-9199
1525 E Main St, Ste B, Santa Maria, CA 93454 t: (805) 354-7990 f: (805) 354-7009

INFORMACIÓN MÉDICA

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Motivo de la visita: _____

¿Desde cuándo tiene este problema? _____

¿Ha visto a otro doctor por este problema? _____ Nombre: _____ Cuándo: _____

Médico de atención primaria: _____ Fecha de la última visita: _____

¿Alguien lo refirió con nosotros?: ☐ Médico de atención primaria ☐ Hospital / Urgencias

Otro doctor: _____ Otro paciente: _____

Farmacia preferida: _____ Laboratorio preferido: _____

Centro de imágenes preferido: _____

Alergias a medicamentos: _____ Estatura: _____ Peso: _____

Cirugías previas / fecha aproximada: _____

Directiva anticipada: ☐ Sí ☐ No

¿Poder notarial médico?: ☐ Sí ☐ No

Uso de tabaco: ☐ Ninguno ☐ Exfumador - núm. de años

Cantidad actual: _____ por día / semana / mes: _____

Consumo de alcohol: ☐ Ninguno ☐ Ocasional ☐ Moderado ☐ Excesivo

Riesgo de caídas (último año): ☐ Sin caídas ☐ Caídas sin lesiones ☐ 2 o más caídas con o sin lesiones

DEXA más reciente: ☐ Sí ☐ No

Fecha de DEXA: _____

Por favor, indique cualquiera de las siguientes condiciones que haya tenido o tenga actualmente:

- | | | |
|--|---|--|
| ☐ Alcoholismo | ☐ Artritis (osteoartritis) | ☐ Artritis (reumatoide) |
| ☐ Cáncer | ☐ Diabetes | ☐ Gota |
| ☐ Enfermedad cardíaca | ☐ Hepatitis | ☐ VIH |
| ☐ Reemplazo de cadera/rodilla | ☐ Hipertensión | ☐ Enfermedad renal |
| ☐ Marcapasos | ☐ Derrame cerebral | ☐ Enfermedad vascular |

Otro: _____

Divulgación de información: Por la presente autorizo al proveedor mencionado y a su personal/socios comerciales a 1) divulgar a mi compañía de seguros y a sus agentes toda la información necesaria para determinar los beneficios pagaderos por los servicios relacionados, 2) procesar las reclamaciones de seguro generadas durante el examen o tratamiento, y 3) permitir el uso de una fotocopia de mi firma para tramitar las reclamaciones de seguro.

Firma del paciente/tutor: _____ Fecha: _____