

REGISTRACION

(Favor Usar Letra De Imprenta)

HENRY SLOMOWITZ, D.P.M., F.A.C.F.A.S.

Cirugia Del Pie Y Tobillo
265 EAST 33RD STREET
PATERSON, NEW JERSEY 07504

Telefono (201) 684-1011

Fecha _____

Paciente _____

De Licencia De Conducir _____ Apellido _____ Nombre _____ # Seguro Social _____ Inicial _____

Dirección Residencial _____

Ciudad _____ Estado _____ Zip Code _____ Teléfono _____

Sexo V H Edad _____ Fecha De Nacimiento _____ Soltero Casado Viudo Separado Divorciado

Empleado Por _____

Dirección Del Empleo _____

Ocupación _____ Teléfono Del Empleo _____

¿Tiene Seguro Médico? No Si Médico De Familia _____ Teléfono _____

Seguro Primario _____ Nombre Del Asegurado _____

De Contrato _____ # De Grupo _____ # De Subscriptor _____

Seguro Secundario _____ Nombre Del Asegurado _____

De Contrato _____ # De Grupo _____ # De Subscriptor _____

Partido Responsable Por La Cuenta _____ relación Al Paciente _____ Fecha De Nacimiento _____

De Licencia De Conducir _____ # Seguro Social _____

Nombre Y Dirección Del Empleo _____

Ocupación _____ Teléfono Del Empleo _____

En Caso De Emergencia, ¿A Quién Notificamos? _____ Teléfono _____

Como Supo De Nuestra Oficina _____

Qué problema tiene con su pié o tobillo? _____

CONDICIONES (Indicar cuáles se aplican a dicho paciente)

- | | | | |
|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Cida | <input type="checkbox"/> Dependencia Química | <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Fiebre Reumática |
| <input type="checkbox"/> Alcoholismo | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Alta Presión | <input type="checkbox"/> Fiebre Scarletina |
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Epilepsia | <input type="checkbox"/> Enfermedad Del Rinon | <input type="checkbox"/> Embolada |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Gota | <input type="checkbox"/> Enfermedad Del Hígado | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> Desorden De La Sangre | <input type="checkbox"/> Enfermedad Del Corazón | <input type="checkbox"/> Marca Pasos | <input type="checkbox"/> Úlcera |

MEDICAMENTOS (Especificar medicamentos que se toman y la frecuencia) **ALERGIAS** (A qué alérgico)

Blank lines for listing medications and allergies.

ASSIGNMENT AND RELEASE

I, the undersigned, have insurance coverage with _____ and assign directly to Dr. _____ all medical benefits, if any, otherwise payable to me for services rendered. I understand that I am financial responsible for all charges whether or not paid by insurance. I hereby authorize the doctor to release all information necessary to secure the payment of benefits. I authorize the use of this signature on all my insurance submissions.

Signature of Insured/Guardian _____ Date _____

HEALTH HISTORY FORM
(Historia Medica)

Past Medical History (Please List)

- Prior illnesses(Enfermedades que tiene o a tenido en el pasado) _____
- Current medications(Medicinas que esta tomando al presente) _____
- Allergies to medications(Alergias a medicinas) _____
- Prior surgery(Cirugia) _____
- Hospitalizations(Hospitalizacion) _____

Family Medical History (health problems, similar illnesses, related hereditary illnesses (please list) (Historia Medico de la Familia)

- Parents(Padres) _____
- Siblings(Hermano,-a) _____

Social History (Historia de Social)

- Marital Status: Single _____ Married _____ Divorced _____ Widowed _____
Soltero _____ Casado _____ Divorciado _____ Viudo _____
- Alcohol Intake: Never _____ Rarely _____ Moderate _____ Daily _____
Nunca _____ Raras veces _____ Social _____ Diariamente _____
- Tobacco use: Never _____ Previously, but quit _____ Current packs/day _____
Nunca _____ Antes, ya no _____ Paquetes/Al dia _____
- AIDS/HIV _____ Hepatitis or Jaundice _____ Veneral Disease _____
- Current occupation _____

REVIEW OF MEDICAL SYSTEMS (CHECK CIRCLE IF NORMAL; WRITE IN POSITIVE SYMPTOMS ON LINE PROVIDED)

- Cardiovascular _____
- Gastrointestinal _____
- Musculoskeletal _____
- Neurological (Neurologico) _____
- Psychiatric(Psiquiatrico) _____
- Ear/Nose/Throat(Oido/Nariz/Garganta) _____
- Respiratory(Respiratorio) _____
- Skin(Piel) _____
- Allergy/Immunologic(Alergia) _____
- Eyes (Ojos) _____

Patient Signature (Signatura de paciente) _____ Date (Fecha) _____

Physician Reviewed _____
Physician Updated _____

Date _____
Date _____