

RICHARD C. GALPERIN, D.P.M., P.A.  
2909 SOUTH HAMPTON ROAD SUITE F132  
DALLAS TX 75224  
214-330-9299

**NUEVA INFORMACION DEL PACIENTE**

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

DIRECCION: \_\_\_\_\_

CIUDAD: \_\_\_\_\_ ESTADO: \_\_\_\_\_ CODIGO POSTAL: \_\_\_\_\_

TELEFONO: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ NUMERO DE SEGURO SOCIAL: \_\_\_\_\_

NÚMERO DE TELÉFONO CELULAR: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

DIRECCION DE CORREO ELECTRONICO (PORTAL PARA EL PACIENTE): \_\_\_\_\_

PREFERENCIA DE CONTACTO: (Por favor marque todas las que aplican) Llamada (Telefónica) \_\_\_\_\_  
Mensaje de texto \_\_\_\_\_ Correo electrónico \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_ ESTADO MARITAL: \_\_\_\_\_ SEXO: \_\_\_\_\_

SU EMPLEADOR: \_\_\_\_\_ TELEFONO (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

DIRECCION: \_\_\_\_\_

CIUDAD: \_\_\_\_\_ ESTADO: \_\_\_\_\_ POSTAL: \_\_\_\_\_

TALLA DE ZAPATO: \_\_\_\_\_ ANCHO DE ZAPATOS: N M W ¿CUÁNTO PESA?: \_\_\_\_\_ ¿ALTURA?: \_\_\_\_\_

¿DEPORTE O OCUPACION?: \_\_\_\_\_ CALZADO DIARIO: \_\_\_\_\_

**INFORMACION DE SU SEGURO:**

(POR FAVOR MARQUE EL SEGURO EN LA CATEGORIA QUE APLICA)

MEDICARE \_\_\_\_\_ MEDICAID \_\_\_\_\_ WORKER'S COMP \_\_\_\_\_ SEGURO MÉDICO A TRAVÉS DE SU TRABAJO \_\_\_\_\_

1) NOMBRE de SEGURO PRIMARIO: \_\_\_\_\_

I.D.#: \_\_\_\_\_ GRUPO #: \_\_\_\_\_

NOMBRE/RELACION del ASEGURADO: \_\_\_\_\_ FECHA de NACIMIENTO del ASEGURADO: \_\_\_\_\_

2) NOMBRE de SEGURO SECONDARIO: \_\_\_\_\_

I.D.#: \_\_\_\_\_ GRUPO #: \_\_\_\_\_

NOMBRE/RELACION del ASEGURADO: \_\_\_\_\_ FECHA de NACIMIENTO del ASEGURADO: \_\_\_\_\_

*Por favor circule su respuesta de las siguientes preguntas requeridas para uso útil conforme a la ley confidencial:*

**LANGUAGE:** *Inglés / Español*

**ETNICIDAD:** *Hispano o Latino / No-Hispano o Latino*

**RAZA:** *Indio Americano o Nativo de Alaska / Asian / Black or African American / Latino or Hispanic / Native Hawaiian / Other Pacific Islander / White*

QUIEN ES SU DOCTOR PRIMARIO O A QUIEN PODEMOS AGRADECER POR REFERIRLO A NUESTRA OFICINA? \_\_\_\_\_

LA AUTORIZACION PARA PAGAR LOS BENEFICIOS A MI CIRUJANO: YO PONGO A DISPOSICION LA AUTORIDAD A RICHARD C. GALPERIN, D.P.M., P.A. TODOS MIS DERECHOS, TALES COMO EL INTERES AMI REEMBOLSO MEDICO BAJO LOS BENEFICIOS DE MI POLIZA DE SEGURO CON LISTA CORRIENTE PARA SER OBTENIDA DE MI FARMACIA.

*Tambien doy el consentimiento de mi [Iniciales] \_\_\_\_\_*

**Nombre de farmacia / calle / ciudad \_\_\_\_\_ # de Telefono \_\_\_\_\_**

AUTORIZO EL PAGO DE LOS BENEFICIOS DEBE HACERSE DIRECTAMENTE A RICHARD C. GALPERIN, D.P.M., P.A.:

**FIRMA:** \_\_\_\_\_ **FECHA:** \_\_\_\_\_

**RICHARD C GALPERIN, DPM**  
A Division of Podiatric Medical Partners of Texas

**Nombre de Paciente** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_

**Historia y Información Médica**

Explique su problema de pie/tobillo (Derecho) (Izquierdo) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Describa el dolor: (Quemazon) (Adormecimiento) (Punzante) Otro: \_\_\_\_\_

¿Cuándo comenzó el dolor/incomodidad? \_\_\_\_\_

¿Qué hace el dolor/incomodidad mejor? \_\_\_\_\_

¿Qué hace el dolor/incomodidad peor? \_\_\_\_\_

Lista de todos los medicamentos/vitaminas: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Alergias de  
medicamentos?: \_\_\_\_\_

Cirugías en los  
pies?/Fecha \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Uso de Tabaco (sí) (no)

Uso de tabaco: (sí) (no)

Uso de drogas: (sí) (no)

Uso de cafeína: (sí) (no)

## Intake Form

### General

Fatiga	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No
Fiebre	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No
Salud General	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No
Aumento de Peso	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No

### Cardiovascular

Alta Presion	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No
--------------	--------------------------	--------------------------

### Endocrino

Diabetes	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No
----------	--------------------------	--------------------------

### Genitourinario

Problemas de Riñones	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No
----------------------	--------------------------	--------------------------

### Hematologia

Moretones con Facilidad	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No
-------------------------	--------------------------	--------------------------

### Musculoesqueletico

Artritis	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No
Problemas de Espalda	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No
Gota	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No
Calambres en Las Piernas	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No

### Neurologico

Dificultad de Equilibrio	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No
Coordinacion	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No
Apoplejia	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No

### Vascular Pereferica

Extremidades Frias	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No
Sensibilidad en las Extremidades	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No
Ulceracion de Los Pies	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No

### Podologica

Dolor de Aquille	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No
Dolor de Tobill	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No

**Podologica**

Dolor en la Bola Del Pie	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No
Dolor en el Dedo Grande	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No
Ardor en Los Pies	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No
Supuracion de Herida	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No

**Social History**

Consumo de Tabaco	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No
-------------------	--------------------------	--------------------------

**Drogas/Alcohol:**

Ha consumido alcohol en los ultimos 12 meses?	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No
---	--------------------------	--------------------------

**Antecedentes Medicos**

Artritis, Reumatoide	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No
Problemas de Sangrad	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No
SIDA/VIH	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No
hepatitis C	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No

**Piel**

Cicatriz o Formacion de queloides	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No
-----------------------------------	--------------------------	--------------------------

**Neurologico**

Hormigeo/ Entumecimiento	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No
--------------------------	--------------------------	--------------------------

**Hematologia**

Celulas Falciformes	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No
---------------------	--------------------------	--------------------------

**Antecedentes quirúrgicos**

Reemplazo de la valvula aortica	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No
Reemplazo de Rodila	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No

**Piel**

Erupcion de Los Pies	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No
----------------------	--------------------------	--------------------------

**Antecedentes Medicos**

Cancer, Cellulas Basales	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No
Anemia	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No
Venas Varicosas	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No

**Neurologico**

Paralisis	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No
-----------	--------------------------	--------------------------