



KEYSTONE PODIATRIC

MEDICAL ASSOCIATES, P.C.

FORMA DE REGISTRACION

(Please Print)

Doctor Familiar:				Fecha:			
INFORMACION DEL PACIENTE							
Apellido del Paciente:		Nombre:		Seg. Nombre:		Estado Civil (circule uno)	
						Soltero/Casado/Divorciado/Separado/ Viudo	
Numero de Casa	Numero de Celular	Nombre Del Esposo/a		Fecha de Nacimiento del Paciente	Eda:	Sexo:	
()	()			/ /		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Correo Electronico del Paciente:			Contacto de Emergencia			Numero del Contacto de Emergencia	
						()	
Empleo del Paciente			La Direccion de Empleo del Paciente			Numero de Empleo del Paciente:	
Yo electo a KPMA porque / Yo fui recomendado a KPMA por (porfavor marque una caja):				<input type="checkbox"/> Dr.		<input type="checkbox"/> Plan de seguro medico	
<input type="checkbox"/> Familia		<input type="checkbox"/> Amigo/a		<input type="checkbox"/> Cerca de casa/trabajo		<input type="checkbox"/> Hospital	
<input type="checkbox"/> Paginas Amarillas		<input type="checkbox"/> Otro					
Otros miembros de familia an venido aqui:							

Que es el problema principal que esta teniendo con los pies?	DESCRIBIR:

ALGUNA VES HAS TENIDO ALGUNO DE LO SIGUIENTES

	SI	NO		SI	NO
Artritis			Enfermedades del Corazon		
Asma			Hepatitis		
Trastorno de la Coagulacion			Hipertension		
Cancer			Enfermedad del Riñon		
Trastorno Circulatorio			Enfermedad del Hgado		
Diabetes			Flebitis		
Gota			Ulcera de Stomago		
Infeccion de VIH			Dolor anterior del pie?		
otro			Historial de abuso de sustancias?		
			<small>explicar</small>		

ALGUNA VES HAS TENIDO ALGUNA CIRUGUA?	DESCRIBIR:
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	

ES USTED ALERGICO O SENSIBLE

	SI	NO		Si	NO
Novocaina			Comida		
Penicilina			Anestesticos		
Cinta Adhesica			Latex		
Materiales			Otro (describir)		
Drogas					

Usted Fuma? Si No	Cuanto?	Alguna ves a fumado?
Cuando deajo de fumar?		Si No
Cuanto Pesa?	Cual es su altura?	Cual es su numero de calzado?
	Pies Pulgadas	