



**FOR OFFICE USE ONLY:**

- Verified
- Scanned
- HX Input

**REGISTRO DE PACIENTE NUEVO**

**Nombre del paciente(Ultimo, MI., Primero):** \_\_\_\_\_

**Dirección de casa:** \_\_\_\_\_

**Dirección de envío:** \_\_\_\_\_

**teléfono de casa:** \_\_\_\_\_

**Correo electrónico:** \_\_\_\_\_

**Número de seguro social del paciente:** \_\_\_\_\_

**Número de carnet de conducir:** \_\_\_\_\_ **DOB:** \_\_\_\_\_

**Género:** \_\_ Hombre \_\_ Mujer **Etnicidad:** \_\_\_\_\_

**Primary Primario:** \_\_\_\_\_

**EMPLEADOR / OCUPACIÓN**

**Nombre del empleador:** \_\_\_\_\_

**Dirección:** \_\_\_\_\_

**Teléfono:** \_\_\_\_\_

**CONTACTO DE EMERGENCIA**

**Nombre:** \_\_\_\_\_ **Dirección:** \_\_\_\_\_

**Relación con el paciente:** \_\_\_\_\_ **Teléfono:** \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DEL SEGURO**

**Seguro primario:**

**Nombre:** \_\_\_\_\_ **Dirección:** \_\_\_\_\_

**Teléfono:** \_\_\_\_\_ **Número de identificación del seguro:** \_\_\_\_\_

**Nombre del suscriptor:** \_\_\_\_\_

**Abonado DOB:** \_\_\_\_\_ **Relación de suscriptor:** \_\_\_\_\_

**Seguro secundario:**

**Nombre:** \_\_\_\_\_ **Dirección:** \_\_\_\_\_

**Teléfono:** \_\_\_\_\_ **Número de identificación del seguro:** \_\_\_\_\_

**Nombre del suscriptor:** \_\_\_\_\_

**Abonado DOB:** \_\_\_\_\_ **Relación de suscriptor:** \_\_\_\_\_

I give consent to and authorize treatment for myself or any minor child that may be necessary in judgement of the physician and /or medical personnel.

**Firma:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**SÍNTOMAS: INDIQUE SÍ O N, SI SÍ Y SI HAY UNA LÍNEA DISPONIBLE, INDIQUE**

Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Esguince de tobillo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Examen de diabético	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bultos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lesion de piel
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hinchazón de tobillos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cuidado del diabético	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Olor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dedos impares
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pie de atleta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sudoración excesiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hongo de uñas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor el pie
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tobillo haciendo estallar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pie plano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ortesis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pie Deformidad
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Artritis de pie o tobillo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gota	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Golpe doloroso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Verruga
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Juanetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor en el talón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pies pálidos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pies blancos
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pies azules	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Arcos altos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pies con erupción	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	No Sanar Heridas
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Calambres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pies calientes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Férulas de Shin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pies blancos
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dedos fríos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Uñas encarnadas						

Sí	No	Sí	No		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Estás aquí debido a una lesión? Describir...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Tiene dolor o entumecimiento? De ser así, ¿dónde?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Alguna vez le han diagnosticado artritis o gota? Si es así, ¿de qué tipo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Tiene debilidad muscular, si es así, dónde?
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Tiene ardor u hormigueo? De ser así, ¿dónde?
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Alguna otra inquietud?

**¿CÓMO OCURRIÓ ESTO Y CUÁNTO TIEMPO HA SIDO EXPERIMENTANDO SÍNTOMAS?**

Sí	No	Sí	No	Sí	No			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trauma reciente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Inicio repentino	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lesión laboral
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zapatos inapropiados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Inicio gradual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fecha de la lesion: _____

**Duración de los síntomas:**

Días: \_\_\_\_\_ Semanas: \_\_\_\_\_ Meses: \_\_\_\_\_ Años: \_\_\_\_\_

¿Ha visto a otro médico por este problema?  Y  N Si es así, ¿qué tratamiento se le brindó?  
\_\_\_\_\_

¿Estás buscando una segunda opinión?  Y  N Si es así, ¿quién lo refirió para una segunda opinión?  
\_\_\_\_\_

¿Qué tratamiento has tenido?  
\_\_\_\_\_

**¿Qué tratamientos ha intentado para solucionar el problema?**

Ortesis                       Inyecciones                       Cirugía                       Terapia física

Medicamentos: \_\_\_\_\_                       Otro: \_\_\_\_\_

Altura: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ Embarazada:  Y  N  N/A

**SÍNTOMAS GENERALES: INDIQUE SÍ O N, SI ACTUALMENTE EXPERIMENTA SÍNTOMAS**

Si	No	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Bebe algo de alcohol, más de 4 tragos por semana o más de 2-3 tragos por ocasión?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Toma alguna droga ilícita?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Experimenta dolor en las nalgas, piernas o pies que desaparece con el reposo?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Tiene pérdida de cabello en las piernas o los pies?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Tiene actualmente estreñimiento o diarrea?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Actualmente fuma o consume sustancias de tabaco?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Tiene hinchazón / dolor en las piernas? Si es Y, ¿cuántas cuerdas puede caminar antes de sentir molestias? _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Tiene aturdimiento, debilidad, desmayo o mareo?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Tiene náuseas ahora o alguna vez ha experimentado?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Tiene problemas urinarios?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Tiene o ha tenido heridas, úlceras o infecciones que tardan en sanar?

**ANTECEDENTES MÉDICOS: INDIQUE SÍ O N, SI ES FAMILIAR O ESTÁ EXPERIMENTANDO ACTUALMENTE**

Si	No		Si	No		Si	No	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ECG anormal en el pasado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Epilepsia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SIDA / VIH
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Angina o dolor de pecho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Colesterol alto / presión arterial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tiroides
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Artritis / AR / OA / Gota	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad del hígado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aumento de peso
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Coágulos de sangre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor de espalda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pérdida de peso
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Disfunción renal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Obesidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Venas varicosas
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes <input type="checkbox"/> T-I <input type="checkbox"/> T-II	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Respiratorio (asma, alergias, EPOC)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otro

**PRINCIPALES EVENTOS MÉDICOS: INDIQUE SÍ O N, SI ALGUNO DE LOS EVENTOS HA SUCEDIDO**

Si	No		Si	No		Si	No	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Válvula cardíaca artificial / Stent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dependencia química	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ataque cardíaco
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tipo de cáncer: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Heridas crónicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tumor (es)

**POR FAVOR INDIQUE EL HISTORIAL QUIRÚRGICO, SI HAY**

Procedimiento quirúrgico: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Complicaciones: \_\_\_\_\_

Procedimiento quirúrgico: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Complicaciones: \_\_\_\_\_

**HISTORIAL DE MEDICAMENTOS**

Nombre: \_\_\_\_\_ Dosis: \_\_\_\_\_ Frecuencia: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Dosis: \_\_\_\_\_ Frecuencia: \_\_\_\_\_

Alergias a los medicamentos, si los hay: \_\_\_\_\_

Aaron S. Bean DPM  
Brian J. Schneckloth DPM  
Adam M. Rife DPM

Phone: (760) 565-5545



79405 Highway 111  
Suite #103  
La Quinta, CA 92253

Fax: (760) 424-5578

## ACUERDO FINANCIERO

Todos los copagos y los saldos pendientes de la cuenta del paciente vencen el día del servicio. Tenga en cuenta que los copagos no se pueden renunciar, las compañías de seguros mantienen el consultorio del médico en violación del contrato cuando renuncian a los copagos de un paciente.

Es responsabilidad del paciente conocer su cobertura de seguro. Nuestro personal estará encantado de ayudarlo, si lo solicita, a recopilar información sobre el deducible, el copago y los gastos de bolsillo de su seguro.

Intentaremos facturarle a su seguro los servicios y procedimientos cubiertos. Después de 60 días, desde la presentación inicial del seguro, si no recibimos el pago, se espera que usted pague por los servicios en su totalidad. Si se rechaza su reclamo, podemos ayudarlo a comunicarse con su seguro para obtener cobertura si, de hecho, se niegan sus servicios. Intentaremos volver a enviarlo con los datos clínicos apropiados para las denegaciones.

Nos reservamos el derecho de reprogramar su cita si no puede pagar su saldo pendiente y / o copago el día de su cita.

---

Firma

---

Fecha

---

Nombre en letra de imprenta

---

Relación con el paciente

---

Relación con el paciente

---

Fecha de nacimiento del paciente

### LOCATIONS:

79200 Corporate Center Dr. Suite 101 & Suite 104, La Quinta, CA 92253  
35400 Bob Hope Dr. #103, Rancho Mirage, CA 92270

Aaron S. Bean DPM  
Brian J. Schneekloth DPM  
Adam M. Rife DPM

Phone: (760) 565-5545



79405 Highway 111  
Suite #103  
La Quinta, CA 92253

Fax: (760) 424-5578

## POLÍTICA DE CANCELACIÓN Y NO SHOW

Entendemos que surgen situaciones en las que debe cancelar su cita. Por lo tanto, se solicita que si debe cancelar su cita, lo avise con más de 48 horas de anticipación. Esto permitirá que otra persona que está esperando una cita se programe en ese espacio de citas. Con cancelaciones hechas con menos de 48 horas de anticipación, no podemos ofrecer ese espacio a otras personas.

Los pacientes que no se presenten a su cita sin una llamada para cancelar una cita en el consultorio serán considerados NO SHOW. Los pacientes pueden estar sujetos a una tarifa de \$50.00 por no presentarse a una cita en el consultorio.

Las tarifas de cancelación y no presentación son responsabilidad exclusiva del paciente. Las tarifas por no presentarse deben pagarse en su totalidad antes de la próxima cita del paciente.

Entendemos que circunstancias especiales inevitables pueden hacer que cancele dentro de las 24 horas. Las tarifas en este caso pueden no aplicarse, pero solo con la aprobación de la gerencia. Nuestra práctica cree firmemente que una buena relación médico / paciente se basa en la comprensión y la buena comunicación.

Puede enviar un correo electrónico a nuestro departamento de programación a [scheduling@westcoastfootandankle.com](mailto:scheduling@westcoastfootandankle.com), llamar a nuestra oficina o utilizar nuestro portal para reprogramar su cita. Por favor, firme que ha leído, comprendido y aceptado esta Política de cancelación y no presentación.

---

Firma

---

Fecha

---

Nombre en letra de imprenta

---

Relación con el paciente

---

Relación con el paciente

---

Fecha de nacimiento del paciente

### LOCATIONS:

79200 Corporate Center Dr. Suite 101 & Suite 104, La Quinta, CA 92253  
35400 Bob Hope Dr. #103, Rancho Mirage, CA 92270

Aaron S. Bean DPM  
Brian J. Schneckloth DPM  
Adam M. Rife DPM

Phone: (760) 565-5545



79405 Highway 111  
Suite #103  
La Quinta, CA 92253

Fax: (760) 424-5578

**Release of Medical Records or Request for Medical Records**

I, \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_\_

Hereby Request Medical Records From: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_

Phone: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

My Records need to be sent to: West Coast Foot and Ankle Center

Address: 79405 Highway 111, Suite 9-469, La Quinta, CA 92253

Phone: (760) 565-5545 Fax: (760) 424-5578 Email: scheduling@westcoastfootandankle.com

**I authorize and request the disclosure of all protected information for the purpose of review and evaluation in connection with a legal claim. I expressly request that the designated record custodian of all covered entities under HIPAA identified above disclose full and complete protected medical information including the following, for the purpose of:**

\_\_\_\_ Continued Care    \_\_\_\_ Litigation    \_\_\_\_ Disability    \_\_\_\_ Other (please specify):

Please send:     All Medical Record     Imaging (CT, X-Ray, MRI, Etc.)     Lab Results

Dates of Services requested: \_\_\_\_\_ through \_\_\_\_\_

Patient Signature: \_\_\_\_\_

Signature of Patient/Guardian: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

**LOCATIONS:**

79200 Corporate Center Dr. Suite 101 & Suite 104, La Quinta, CA 92253  
35400 Bob Hope Dr. #103, Rancho Mirage, CA 92270