



*Cheralyn Perkins, DPM • David Scalzo, DPM • Kathleen Hope, DPM
Simon G. Tabchi, DPM • Jason Eberly, DPM*

BANGOR
325 Blue Valley Drive
Bangor, PA 18013
Ph: (610) 588-6621 • Fax: (610) 588-6307

BRODHEADSVILLE
1636 Rt 209 BK Plaza, Unit 1
Brodheadsville, PA 18322
Ph: (570) 992-5779 • Fax: (570) 992-5806

ALLENTOWN
451 Chew Street, Suite 306
Allentown, PA 18102
Ph: (610) 351-9244 • Fax: (610) 351-9247

Name (Nombre): _____ Date (Fecha): _____
(First, Middle, Last) (Primero, Segundo, Apellido)

Date of Birth (Fecha de nacimiento): _____ Sex (Sexo): M F

Social Security # (Seguro Social del Asegurado): _____

Race (Raza): _____ Language (Idioma): _____

Height (Altura): _____ Weight (Peso): _____ Shoe Size (Tamaño del zapato): _____

Address (Dirección): _____

Phone (Telefono):

Home (casa): _____ Cell (cellular): _____ Work (trabajo): _____

Email Address (Dirección de correo electrónico): _____

Marital Status: Married (Casado) Single (Soltero) Separated (Apartado) Divorced (Divorciado) Widow (Viudo)

Do you use tobacco? (¿Como se utiliza el Tabaco?) Si No

Do you use recreational drugs? (¿Use drogas recreativas?) Si No

Do you drink alcohol? (¿Bebes alcohol?) Si No En caso afirmativo, con qué frecuencia? _____

Are you pregnant? (¿Estas embarazada?) Si No

Are you employed? (¿ Está usted empleado?) Si No Employer? (Empleador?) _____

Occupation? (Occupación?) _____

Number of hours spent on your feet (Número de horas que pasan en sus pies): _____

Steel tipped boots (De acero con punta de las botas)? Si No

Primary Care Physician (Name and City)/Médico de atención primaria (Nombre y Ciudad): _____

Date you last saw your doctor (Fecha de la última vez que vio a su medico): _____

Endocrinologist (Endocrinólogo): _____

Cardiologist (Cardiólogo): _____

Pharmacy (Name and City) Farmacia (Nombre y Ciudad): _____

What is the reason for your visit today? (Cuál es la razón de su visita de hoy?)

Are you allergic or have you ever had a reaction to any of the following?

(Es usted alérgico o ha tenido una reacción a alguna de las siguientes?) *(Please circle all that apply)*

- | | | |
|-------------------------------|-----------------------|--|
| Anesthesia (Anestesia) | Iodine (Yodo) | Penicillin (Penicilina) |
| Aspirin (Aspirina) | Latex | Radiographic Contrast/Dye (Radiográfico/colorante) |
| Band Aids/Tape (Tirita/Cinta) | Lidocaine (Lidocaína) | Sulfa Drugs (las sulfamida) |
| Codeine (Codeína) | Novocaine (Novocaína) | Other (Otro): _____ |

Do you have or have YOU ever been treated for any of the following?

(¿Tiene o ha sido tratado alguna vez por alguna de las siguientes?) *(Please circle all that apply)*

- | | | |
|---|---------------------------------------|--|
| Amputation (Amputacion) | Epilepsy (Epilepsia) | Lung Disease (Enfermedad pulmonary) |
| Anemia | Gout (Gota) | Neuropathy (Neuropatia) |
| Arthritis (Artritis) | Gerd (Reflujo gastroesofagico) | Osteoporosis |
| Asthma (Asma) | Heart Attack (Ataque al Corazon) | Psychiatric Disorder (Desorden psiquiatrico) |
| Back Pain (Dolor de espalda) | Hepatitis | Seasonal Allergies (Alérgicos Estacionales) |
| Blood Clot (Coágulo de Sangre) | High Cholesterol (Colesterol Alto) | Stomach Ulcer (úlceras estomacal) |
| Bunion (Juanete) | HIV/AIDS | Stroke (Derrame Cerebral) |
| Cancer (Cáncer) | Hypertension (Presion Alta) | Thyroid Disease (Enfermedad de Tiroides) |
| Circulation Problems (Problemas de Circulación) | Kidney Problems (Problemas de Riñon) | Ulcer/Wound (úlceras/herida) |
| Type I Diabetes (Juvenile) | Liver Disease (Enfermedad del Hígado) | Vision Problems (Problemas de la vista) |
| Type II Diabetes | Chronic Kidney Disease | Retinopathy |

Do you have any FAMILY HISTORY (mom, dad, aunt, uncle) of any of the following?

(¿Tiene antecedentes familiares (madre, padre, tía, tío) de cualquiera de los siguientes?) *(Please circle all that apply)*

- | | | |
|---|---|-----------------------------|
| Arthritis (Artritis) | Diabetes | Hypertension (Presion Alta) |
| Bleeding Disorders (desorden sangrante) | Foot Deformities (deformidades de los pies) | Osteoporosis |
| Cancer (Cáncer) | Heart Disease (enfermedad del corazón) | Stroke (Derrame Cerebral) |

Do you use any of the following assistive devices? (Cómo se utiliza cualquiera de los siguientes dispositivos de ayuda?)

- | | | |
|------------------------------|-------------------|--------------------|
| Walker (Caminante) | Cane (Cana) | Crutches (Muletas) |
| Wheelchair (Silla de ruedas) | Braces (Tirantes) | None (Ninguna) |

Have you ever had foot surgery? (¿ha tenido cirugía del pie?) Si No

If yes, please list type and date of surgery. (En caso afirmativo, indique el tipo y la fecha de la cirugía): _____

Please list all other surgeries and dates (Por favor, agregar el resto de las cirugías y las fechas): _____

Patient Initials (Iniciales del paciente): _____



Cheralyn Perkins, DPM • David Scalzo, DPM • Kathleen Hope, DPM
Simon G. Tabchi, DPM • Jason Eberly, DPM

PRIMARY Insurance Name (Nombre de la pensión básica): _____

ID # (Numero de ID): _____ **Group # (Numero de Grupo):** _____

Insured's Name (Nombre del asegurado): _____

Insured's Date of Birth (Asegurado de la fecha de nacimiento): _____

Social Security # (Seguro Social del Asegurado): _____ **Relationship to patient (Relacion con el paciente):** _____

SECONDARY Insurance Name (Nombre del seguro secundario): _____

Insured's Name (Nombre del asegurado): _____

Insured's Date of Birth (Asegurado de la fecha de nacimiento): _____

Social Security # (Seguro Social del Asegurado): _____

Relationship to patient (Relacion con el paciente): _____

Assignment and Release (Asignación y Liberación)

El abajo firmante, cerifico que yo (o mi desendiente) tiene/tiene cobertura de seguro y asignar directamente a Bangor Podología LLC todos los beneficios del seguro, en su caso, de otro modo pagadero a mí por los servicios prestados. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos sean o no pagado por el seguro. Por la presente autorizo al doctor a divulgar toda la información necesaria para garantizar el pago de los beneficios. Yo autorizo el uso de esta firma en todas las presentaciones de seguros.

Firma

Relacion con el paciente

Fecha

Medicare Authorization (Autorización de Medicare)

Solicito que el pago de beneficios autorizados de Medicare puede hacerse a Bangor Podología LLC para cualquier los servicios proporcionados a mí por ese medico. Autorizo a cualquier poseedor de informacón médica sobre mí liberar a Administración para el Financiamiento de la salud y sus agentes cualquier información necesaria para determinar estos benefices o lose benefices pagaderos por servicious relacionados. Entiendo que mi firma solicita que el pago sea hecho y autoriza la divulgación de la información médica necesaria para pagar el reclamo. Si otro "Seguro de salud", se indica en el punto 9 del formulario HCFA-1500, o en otro lugares o reclamación aprobada al asegurador o agencia se muestra. En los casos asignados Medicare, los medicos o proveedor se compromete a aceptar por el deducible, coaseguro, y lose servicious no cubiertos. Coaseguro y deducible se bason la determinación carga del portador de Medicare.

Firma

Relacion con el paciente

Fecha

Reconozco que he recibido una copia del Comunicado de Practicas de Privacidad de Bangor Podiatry LLC. Este comunicado describe como Bangor Podiatry LLC puede usar y dar a conocer mi información de salud protegida, ciertas restricciones en el uso de esta información, así como mis derechos en relacion a mi informacion de salud.

Firma

Relacion con el paciente

Fecha

Patient Initials (Iniciales del paciente): _____

