



Joseph M. Caporusso, DPM
 Joseph F. Bender, DPM
 Bryan J. Prukop, DPM
 Thomas E. Brooks, DPM
 Oscar Corral, DPM

812 Lindberg Ave, McAllen, Texas 78501
 Phone: (956) 971-9107 Fax: (956) 971-9109

1922 E. Griffin Parkway, Ste. D, Mission, Tx 78572
 Phone: (956) 585-2244 Fax: 4(956) 585-4229

**INFORMACION DEL PACIENTE
 (POR FAVOR ESCRIBA CLARAMENTE)**

INFORMACION DEL PACIENTE

NOMBRE DEL PACIENTE:	SEXO:	EDAD:	FECHA DE NACIMIENTO:
DIRECCION POSTAL:	CIUDAD:	ESTADO:	CODIGO POSTAL:
NUMERO DE TELEFONO:	OTRO NUMERO:		
NUMERO DE SEGURO SOCIAL:	PACIENTE Y RESPONSABLE IGUAL? SI _____ NO _____		
CORREO ELECTRONICO (OPCIONAL):			

INFORMACION DE GUARDIAN/TUTOR (PERSONA RESPONSABLE DE PAGO)

NOMBRE DEL PACIENTE:	SEXO:	EDAD:	FECHA DE NACIMIENTO:
DIRECCION POSTAL:	CIUDAD:	ESTADO:	CODIGO POSTAL:
NUMERO DE TELEFONO:	NUMERO DE TRABAJO:		
NUMERO DE SEGURO SOCIAL:	PACIENTE Y RESPONSABLE IGUAL? SI _____ NO _____		
NOMBRE DE EMPLEO:			
NOMBRE DE EMPLEO:	CIUDAD:	ESTADO:	CODIGO POSTAL:

INFORMACION DE SEGUROS MEDICOS

NOMBRE DE SU SEGURO PRIMARIO:			
DIRECCION POSTAL:	CIUDAD:	ESTADO:	CODIGO POSTAL:
NUMERO DE POLIZA:	NUMERO DE GRUPO:		
NOMBRE DE SU SEGURO SEGUNDARIO:			
DIRECCION POSTAL:	CIUDAD:	ESTADO:	CODIGO POSTAL:
NUMERO DE PLAN:	NUMERO DE GRUPO:		

REFERIDO POR: _____ **FECHA:** _____



812 Lindberg Ave, McAllen, Texas 78501
Phone: (956)971-9107 Fax: (956)971-9109

Joseph M. Caporusso, DPM
Joseph F. Bender, DPM
Bryan J. Prukop, DPM
Thomas E. Brooks, DPM
Oscar Corral, DPM

1922 E. Griffin Parkway, Ste. D, Mission, Tx 78572
Phone: (956)585-2244 Fax: (956)585-4229

POR FAVOR ESCRIBA CLARAMENTE

**COMO DESCRIBE USTED SU PROBLEMA CON SU/SUS
PIE/PIES?** _____

**HACE CUANTO TIEMPO TIENE USTED ESTE
PROBLEMA?** _____

QUE TRATAMIENTOS HA USADO PARA ESTE PROBLEMA?

DE LOS TRATAMIENTOS QUE USTED USO, LE AYUDO ALGUNO?

Doctor Primario: _____ **Cardiologo:** _____ **Farmacia:** _____

HISTORIA MEDICA

___ Colesterol ___ Diabetes ___ Hacequetantotiempo? ___ Anos ___ Meses ___ Alta Presion
___ Enfermedad del Corazon ___ Artritis ___ Dialisis ___ Hipertension Arterial ___ Tiroides ___ Cancer

Otras: _____

Medicinas

___ Glucophage
___ Insulina
___ Glucovance
___ Crestor
___ Plavix
___ Amlodine
___ Lipitor
___ Aspirina
___ Plavix
___ Glucovance
___ Pletal
___ Coumadina
___ Actos
___ Trepal
___ Furosemise
___ Glucovance
___ Glipizide
___ Glybovia
___ Otra: _____

Allergias

___ Penicilina
___ Cumadina
___ Tylenol
___ Aspirina
___ Phulfa
___ Betadine
___ Neosporin
___ Sangre de Chango-Yodo
___ Pescado/Camaron
___ Otra: _____

Cirugia

___ Apendectomia ___ Histerctomia
___ Derivacioncoronaria,by-pass coronario
___ Cataratas ___ Cesaria(s)
___ Pierna ___ Mastectomia
___ VesiculoBiliar ___ Injercto de dialysis
___ Cirugiadel Pie(s): _____
___ Otra: _____

HISTORIA SOCIAL *ChequeApropiado*

Estado Civil: ___ Casado(a) ___ Soltero(a) ___ Viudo(a) ___ Divorciado(a) ___ Separado(a)

Educacion: ___ Graduado de escuelaColegio ___ Otro(a): _____

Fuma: ___ Si ___ No **Quetanto?:** _____ **Alcohol:** ___ Si ___ No

Occupacion: ___ Tiemplo Completo ___ TiempoParcial ___ PorPropiaCuenta ___ Desemplead(a)

Profecion/Empladeor: _____

Drogas: ___ Si ___ No Si, Marijuana/Cocaina/Otra: _____

HISTORIA FAMILIAR *ChequeApropiado*

Alta presion ___ SI ___ NO Mama ___ Papa ___ Abuelo ___ Abuela ___ Tio ___ Tia ___

Colesterol ___ SI ___ NO Mama ___ Papa ___ Abuelo ___ Abuela ___ Tio ___ Tia ___

Diabetes ___ SI ___ NO Mama ___ Papa ___ Abuelo ___ Abuela ___ Tio ___ Tia ___

Enfermedadescardiacas ___ SI ___ NO Mama ___ Papa ___ Abuelo ___ Abuela ___ Tio ___ Tia ___

Cáncer ___ SI ___ NO Mama ___ Papa ___ Abuelo ___ Abuela ___ Tio ___ Tia ___

OtraEnfermedadmental ___ SI ___ NO Mama ___ Papa ___ Abuelo ___ Abuela ___ Tio ___ Tia ___

Otra: _____ Mama ___ Papa ___ Abuelo ___ Abuela ___ Tio ___ Tia ___

Nombre de Paciente

Fecha

HISTORIA MEDICA

Por Favor marque todos los sintomas que apliquen a usted en estos momentos:

Constitucional: ___ fiebre ___ escalofrios ___ debilidad ___ perdida de peso

Ojos: ___ doble enturbio vision ___ seca ___ irritacion ___ dolor

Oidos/Nariz/Garganta: ___ dolor ___ mancha de sangre gomas ___ estornudo

Sistema Circulatorio y Cardiaco: ___ dolor de pecho ___ agitaciones ___ palpitaciones
___ manos frias ___ pies frios

Respiratorio: ___ flemas ___ arrojando sangre ___ mancha de sangre en saliva
___ desarrollando tos

Sistema Gastrointestinal: ___ nauseas ___ vomito ___ agruras ___ estreñimiento

Sistema Urinario: ___ incontinencia ___ sangre en la descarga ___ incontinencia de orina
___ desecho de vagina

Huesos/Musculos: ___ dificultad cuando camina/sentandose/parandose ___ debilidad de pies
___ pies inchados

Piel/Seno(Hombres Tambien): ___ dolor ___ descarga de pezon ___ verruga

Neurologico: ___ ataques ___ temblores ___ sintiendo hormigueo ___ el entumecimiento

Psicologico: ___ enfatizo ___ deprimido ___ nervioso ___ dificultades durmiendo

Endocrino: ___ usualmente cansada ___ usualmente hambriento o sediento
___ perdida de cabello ___ inexplicada de perdida de peso

Nombre: _____ **Fecha:** _____



Joseph M. Caporusso, DPM
 Joseph F. Bender, DPM
 Bryan Prukop, DPM
 Thomas Brooks, DPM
 Oscar Corral, DPM

812 Lindberg Ave, McAllen, Texas 78501
 Phone: (956)971-9107 Fax: (956)971-9109

1922 E. Griffin Parkway, Ste. D Mission, Tx 78572
 Phone: (956)585-2244 Fax:(956)585-4229

Notices to Patients/Avisos Para Pacientes

Consent for Treatment: By signing this document the patient or patient’s guardian provides consent for treatment by the doctors, their medical assistants or other medical personnel for the patient’s condition.

Consentimiento Para El Tratamiento: Al firmar este documento, el paciente o el tutor del paciente da su consentimiento para el tratamiento de los medicos, sus asistentes medicos u otro personal medico para la condicion del paciente.

Notice of Doctor Proprietary Interest:

Doctors Hospital at Renaissance complies with the federal definition of a “ Doctor Owned Proprietary Hospital” (42 CFR S 489.3). The doctor/s in this clinic is/are proprietary investors of Doctors Hospital at Renaissance and also receive remuneration for this investment. A written declaration indicating this tendency by the doctor/s can be facilitated to all patients each time a patient is referred for treatment or tests to Doctors Hospital Renaissance. Also, a list identifying the other proprietary investors can be made available to you. If you have any questions regarding these investors, please ask your doctor.

Declaracion de Propiedad De Medico/s:

El Doctors Hospital at Renaissance cumple con la definicion federal de “Hospital de Medicos propietarios” (42 CFR S 489.3) El/Los medico/s de esta oficina es/son propietario/s de una inversion del Doctors Hospital at Renaissance y en consecuencia, recibe/n una remuneracion de su inversion. Una declaracion escrita indicando tal tenencia por parte del Medico/s sera facilitada a todos los pacientes cada vez que el paciente sea referido para tratamiento or pruebas al Doctors Hospital at Renaissance. Ademas, una lista identificando a los demas Medicos propietarios o inversionistas del Doctors Hospital at Renaissance sera facilitada a usted. Si tiene preguntas acerca del interes de propiedad del Medico, por favor pregunte a su Medico.

General Billing and Insurance Policies:

Charges for office visits and surgery are determined by the severity and complexity of the problem and the time required to treat. We will require payment at the time of your first visit. If you have insurance, we will file your claim and request you pay your pre-operative visit. We accept payment by cash, check or credit card. If your insurance does not pay for service/s rendered, you will be responsible for any amount not paid.

Fracturacion De Seguros Generales Y Politicas:

Los gastos de visitas de la oficina y la cirugia se determinan por la gravedad y la complejidad del problema y el tiempo necesario para tatarlo. Vamos a exigir su pago en el momento de su primera visita. Si su seguro no paga por los servicios prestado se le hace responsable, Usted es responsable de cualquier cantidad no cubierta por su seguro.

Medicaid Patients:

I understand in the opinion of Complete Family Foot Care, the services or items I have requested to be provided today may not be covered under Texas Medical Assistance Program as being reasonable and medically necessary for my care. I understand the Texas Department of Health or its health insurance agent determines the medical necessity of the services or items I request and receive if these services or items are determined to be reasonable and medically necessary for my care.

Pacientes Con Medicaid:

Entiendo que en opinion de Complete Family Foot Care, los servicios o articulos que me han solicitado que se presentaran puede no estar cubiertos por el Programa de Asistencia Medica de Texas, como razonable y medicamente necesario para mi cuidado. Yo entiendo que el Departamento de Salud de Texas o su agente de seguros determina la necesidad medica de los servicios o elementos que en caso de solicitar y recibir estos servicios o articulos se determina que sea medicamente necesario y razonable para mi cuidado.

Medicare Patients (Non-Diabetic):

Medicare will only pay for services that are determined to be reasonable and necessary under Section 1862 (a) (1) of the law. Please submit my claim to Medicare. I understand that you will bill me for items or services that Medicare does not consider to be necessary.

Pacientes Con Medicare(Sin Diabetes):

Medicare solo pagara por los servicios que estan decididos a ser razonable y necesario bajo la Seccion 1862 (a) (1) de la ley de Medicare. Favor presentar mi reclamacion a Medicare. Entiendo que usted me va a cobrar por articulos o servicios que Medicare no consideran necesario.

Patient/Guardian Name Signature/Firma de Paciente/Guardia De Paciente

Date/Fecha



Joseph M. Caporusso, DPM
Joseph F. Bender, DPM
Bryan J. Prukop, DPM
Oscar Corral, DPM

812 Lindberg Avenue, McAllen, TX 78501
Phone: 956-971-9107 Fax: 956-971-9109

1922 E. Griffin Parkway Mission, TX 78572
Phone: 956-585-2244 Fax: 956-585-4229

**Acknowledgement of Receipt
Of**

NOTICE OF PRIVACY PRACTICE

I acknowledge that I was provided a copy of this Notice of Privacy Practices and that I have read (or had the opportunity to read if I so chose) and understood the Notice.

Patient Name (Please Print)

Date of Birth

Parent or Authorized Representative (if applicable)

Signature

**RECONOCIMIENTO DE HABER REVISADO
EL AVISO ACERCA DE LAS PRACTICAS DE PRIVACIDAD**

Yo he revisado el Aviso de las Privacidad, la cual explica como se puede Utilizar la informacion de salud individual indetifiable. Yo comprendo que tengo el derecho de recibir una copia de este documento.

Firma del Paciente o Guardian Legal

Fecha de Nacimiento

Nombre del Paciente o del Representate Personal

Descripcion de la Authorided del Reprerntante Personal