



PATIENT REGISTRATION FORM

Today's Date/Fecha de Hoy: _____

Patient's Last Name/Apellido del Paciente:		Patient's First Name/Nombre:		Middle Initial:
Address/Direccion		City/Ciudad	State/Estado	Zip/Codigo
Home Phone/Telefono de Casa	Work Phone/de Trabajo	Cell Phone/Cellular	Email/Correo electronico	
Social Security/Seguro Social		Date of Birth/Fecha de nacimiento	Age/Edad	<input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female
Employer Name if any)/Nobre del Empleador		Occupation/Ocupacion	Work Phone/Telefono de trabajo	

Alternate Contact (Friend/Family/Spouse)(Amigo/Familia/Esposo(a))	Contact's Phone/Telefono
Alternate Contact (Friend/Family/Spouse)(Amigo/Familia/Esposo(a))	Contact's Phone/Telefono
Alternate Contact (Friend/Family/Spouse)(Amigo/Familia/Esposo(a))	Contact's Phone/Telefono

Please tell us how you heard about us! Por favor diganos como se entero de nosotros!

Friend/Family Facebook Newspaper Event Flyer Your Dr's Office Google Other

Parents of a Child/Padres de Nino: Mother's First Name/Nombre de Madre:		Mother's Last Name/Apedillo de Madre:
Father's First Name/Nombre de Padre:		Father's Last Name/Apedillo de Madre:
Address/Direccion (if different from child)	City/Ciudad	State/Estado Zip/Codigo

INSURANCE INFORMATION: (Please allow receptionist to photocopy your insurance ID cards so we can bill properly)

Please read and sign forms.

INFORMACION DEL SEGURO: (Por favor permita que la recepcionista foto copies su tarjeta de aseguranza para fracturar correctamente.) Por favor lean y firmen todas las formas.

PRIMARY INSURANCE/ASEGURANZA PRIMARIO:		Insured's Name/Nombre del Asegurado	
Insured's Social Security/Seguro Social	Insured's Date of Birth/Fecha de Nascimento	Policy / ID Group (Poliza/Grupo ID)	Eff Date/Fecha de Vigencia
SECONDARY INSURANCE / ASEGURANZA SECUNDARIA:		Insured's Name/ Nombre del Asegurado	
Insured's Social Security / Seguro Social	Insured's Date of Birth/ Fecha de Nascimento	Policy / ID Group (Poliza/Grupo ID)	Eff Date/Fecha de Vigencia

Your Current Healthcare Provider Information: La Informacion de Au Actual Proveedor de Atencion Medica:

Name of Primary Care Physician / Nombre Del Medico <input type="checkbox"/> None/ Ninguno		Phone/Telefono
Name of Referring Provider / Nombre del Proveedor de Referencia <input type="checkbox"/> None/ Ninguno		Phone/Telefono
Name of Cardiologist / Nombre del Cardiologo <input type="checkbox"/> None/ Ninguno		Phone/Telefono
Name of Preferred Pharmacy / Nombre de su Farmacia <input type="checkbox"/> None/ Ninguno	Location (Cross Streets/City) / Ubicada (calles transversales)	Phone/Telefono
Your Height/Su Estatura:	Your Weight/Su Peso:	Your Shoe Size/Tamano de Zapato:

Do you currently have or used any/Tiene actualamene o utilizado alguno:

Custom Orthotics/Ortopedicos Diabetic Shoes/Zapatos Diabeticos
 Store Bought Inserts/Ortopedicos Comprado en la tienda

Patient Name/Nombre del Paciente: _____

Date of Birth/Fecha de Nascimento: ____/____/____

CHIEF COMPLAINT/Motivo de Consulta: (Nature of your Foot Pain or Problem/Naturaleza de su dolor en el pie):

GENERAL HEALTH/SALUD GENERAL: (check all that apply/marque todo lo que corresponda):

- Do you smoke? Yes No Never Chewing Tobacco? Yes No Never
 Usted fuma? Yes No Never Tabaco de maascar? Yes No Never
 Do you drink? Yes No Never History of drug use? Yes No Never
 Bebe alcohol Daily/Diario Historia de consumo de drogas? 2-3 Times-Week/2-3 Veses del Semana
 How often do you drink? Daily/Diario Seldom (Less than 1 Time/Month) / Raramente (menos de 1 ves por mes)
 Con que frecuencia usted bebe alcohol? Seldom (Less than 1 Time/Month) / Raramente (menos de 1 ves por mes)

Past surgeries or hospitalizations/Cirugia anteriores o hospitalizacion:

(Please use an extra sheet, if needed/Por favor use una hoja adicional, si es necesario)

Year/Año	List the Type of Surgery or Reason for Hospitalization/ Anote el tipo de cirugia o motive de la hospitalizacion:
Pacemaker/Marcapasos: <input type="checkbox"/> Yes/Si <input type="checkbox"/> No	Metal Implants/Implanes metalicos: <input type="checkbox"/> Yes/Si <input type="checkbox"/> No

Medications/Medicamentos: (Please use an extra sheet, if needed/ Por favor use una hoja adicional, si es necesario)

Name/Nombre:	Mg (Dose/Dosis)	How Often/Con Que Frecuencia:

ALLERGIES/ALLERGIA: Are you allergic or sensitive to? Eres alergico o sensible?

- Penicillin/Penicilina Novacaine/Novocaina Anesthetics/Anestescicos
Adhesive Tape/Cinta Adhesiva Iodine/Yodo Metal Other/Otro: _____
I am not allergic to anything that I know of. No soy alergico a algo, que yo sepa.

FAMILY HEALTH /SALUD FAMILIAR

Have you or any of your family members ever had any of the following (please check all that apply):

Usted o algun miembro de su familia ha tenido alguna de los siguientes (por favor marque todas las correspondan):

- | | | | |
|--------------------------|---|--------------------------|---|
| You/Usted | Family/Familia | You/Usted | Family/Familia |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Anemia Anemia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> High Blood Pressure Alta presion |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Arthritis/Rheumatoid Artritis | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> HIV |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Asthma Asma | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Kidney disease/Dialysis Enfermedad Renal |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Blood Disorders Enfermedas de la sangre | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Liver Problems Problemas del Hgado |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Blood vessel disease Enfermedas de los vasos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Lung disease |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Cancer | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Lupus |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Dementia Demencia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Nerve Disorder/Neuropathy Trastorno Nervio |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Osteoporosis |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Epilepsy Epilepsia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Rheumatic fever Fiebre Reumatica |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Heart Trouble Problemas del Corazon | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Thyroid Disorder Trastorno de la Tiroides |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Parkinson's |
| <input type="checkbox"/> | Other Otra: _____ | | |

Do you currently have any of these symptoms? Actualmente tiene alguno de estos sintomas?

General-

- Weight loss or gain/*Perdida de peso or aumento*
- Fatigue
- Fever or chills/*Fiebre o escolofrio*
- Weakness/*Debilidad*
- Trouble sleeping/*Problemas para dormir*

Skin- Piel

- Rashes/*Erupcion*
- Lumps/*Otrumos*
- Itching/*Picazon*
- Dryness/*Sequidad*
- Color changes/*Cambio de color*
- Hair and nail changes/*Cambio de cabello y unas*

Head- Cabeza

- Headache/*Dolor de cabeza*
- Head injury/*Lesion en la cabeza*
- Neck Pain/*Dolor de cuello*

Ears- Oido

- Decreased hearing/*disminucion de la audicion*
- Ringing in ears/*Zumbido en los oidos*
- Earache/*Dolor de oidos*
- Drainage/*Drenaje*

Eyes- Ojos

- Vision Loss/Changes –*Perdida o cambios*
- Glasses or contacts/*Lentes o contactos*
- Pain/*Dolor*
- Redness/*Rojez*
- Blurry or double vision/*Borrosa o doble*
- Flashing lights/*Luces pardeantes*
- Specks/*Motos*
- Glaucoma
- Cataracts
- Last eye exam/*Ultimo exame de vista*

Nose- Nariz

- Stuffiness/*Mala ventilacion*
- Discharge/*Descarga*
- Itching/*Picazon*
- Hay fever/*Fiebre de heno* Nosebleeds
/Hemorragias nasals
- Sinus pain/*Dolor de los senos*

Throat-Garganta

- Bleeding/*Sangradura*
- Dentures/*Denture potiza*
- Sore tongue/*Dolor en la lengua*
- Dry mouth/*Boca seca*
- Sore throat/*Dolor de garganta*
- Hoarseness/*Ronquera*
- Thrush/*Tordo*
- Non-healing sores/*Llagas que no sicutrizan*

Neck- Cuello

- Lumps/*Grumos*
- Swollen glands/*Glandulas inflamadas*
- Pain/*Dolor*
- Stiffness/*Rigidez*

Breasts- Pechos

- Lumps/*Grummos*
- Pain/*Dolor*
- Discharge/*Descarga*
- Self-exams/*Auto exames*
- Breast-feeding/*Lactancia*

Respiratory- Resiratorio

- Cough /*Tos*
- Sputum/*Esputo*
- Coughing up blood/*Tos con sange*
- Shortness of breath/*Falta de aliento*
- Wheezing/*Sibilancias*
- Painful breathing/*Dolor al respirar*

Cardiovascular-

- Chest pain or discomfort/*Dolor-molesto en pecho*
- Tightness /*Opresion*
- Palpitations/*Palpitaciones*
- Shortness of breath with activity/*Falta de aliento con la actividad*
- Difficulty breathing lying down/*Dificultad para respirar cuando se acuesta*
- Swelling /*Hinchazon*
- Sudden awakening from sleep with shortness of breath/*Subito despertar del sueno con dificultad par respirar*

Gastrointestinal-

- Swallowing difficulties/*Dificultad par degulacion*
- Heartburn/*Acidez*
- Change in appetite/*Cambios de apetito*
- Nausea
- Change in bowel habits/*Cambio en lod habitos intestianles*
- Rectal bleeding/*Sangrado rectal*

- Constipation /*Estrenimiento*
- Diarrhea
- Yellow eyes or skin/*Ojos o piel amarillos*

Urinary- Urinero

- Frequency/*Frecuencia*
- Urgency/*Urgencia*
- Burning or pain/*Ardor o dolor*
- Blood in urine/*Sangre en la orina*
- Incontinence/*Incontinencia*
- Change in urinary strength/*Cambio en la fuerza urinaria*

Vascular-

- Calf pain with walking/*Dolor en la pantorrilla al caminar*

- Leg cramping/*Calambres en las piernas*

Musculoskeletal- Mosculo Esqueletico

- Muscle or joint pain/*Dolor muscular o las coyuntura*
- Stiffness/*Rigidez*
- Back pain/*Dolor de espalda*
- Redness of joints/*Enrojecimiento*
- Swelling of joints/*Hinchazon de la coyunturas*
- Trauma

Neurologic-Neurologica

- Dizziness/*Mareo*
- Fainting/*Desmayo*
- Seizures/*Convulsiones*
- Weakness/*Debilidad*
- Numbness/*Entuecimiento*
- Tingling/*Hormungueo*
- Tremor/*Temblor*

Hematologic- Hematologica

- Ease of bruising/*Facilidad de hermatomas*
- Ease of bleeding/*Facilidad de sangrado*

Endocrine- Endocrino

- Heat or cold intolerance/*Intoleranci al color o frio*
- Sweating/*Transpiracion*
- Frequent urination/*Uniccion frecuente*
- Thirst/*Sed*

- Change in appetite/*Cambios de apetito*

Psychiatric- Psiquiatrico

- Nervousness/*Nerviosismo*
- Stress/*Estres*
- Depression
- Memory loss/*Perdida de memria*

Office use only/Solo uso de officinal:

B/P _____ Pulse _____ Temp _____