

# Florida Foot & Ankle Group., P.A.

## Patient Health History

Historial de Salud del Paciente

\*\*\*Si necesita ayuda escribiendo en Ingles, porfavor dejenos saber\*\*\*

Name: \_\_\_\_\_ Age: \_\_\_\_\_ Sex: \_\_\_\_\_

Race: \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_ Raza \_\_\_\_\_

Reason For Today's visit \_\_\_\_\_

Razón de la visita de hoy

Did your injury occur at work?

Ud. Se lastimó en su trabajo?

Height: \_\_\_\_\_ Weight: \_\_\_\_\_ Shoe Size: \_\_\_\_\_

Estatura \_\_\_\_\_ Peso \_\_\_\_\_ Tamaño de zapato \_\_\_\_\_

Current Medical Conditions or

Illnesses: \_\_\_\_\_

Condiciones Medicas al momento

Current Medications: \_\_\_\_\_

Medicamentos que toma al momento

Allergies (drugs, iodine, tape,  
food): \_\_\_\_\_

Alergias (Medicinas, comida, etc.)

List any hospitalizations or surgeries you have  
had: \_\_\_\_\_

Lista de Hospitalizaciones u operaciones

Do any family members have:  Arthritis  High Blood Pressure  Diabetes  Cancer  Gout

Artritis Alta Presión Diabetes Cancer Gota

Algún miembro de su familia tiene  Blood or Bleeding Problems  Heart Problems  Foot Problems

Problemas de sangre o sangramiento Problemas del Corazón Problemas de los pies

Do you smoke cigarettes?  No  Yes \_\_\_\_\_

Ud. Fuma cigarillos?

Have you ever smoked?  No  Yes

Ud a fumado?

Do you drink alcohol?  No  Yes

Ud toma alcohol?

Do you exercise?  No  Yes

Ud se ejercita?

Do you spend time on your feet at work?  No  Yes

Ud trabaja parado?

Family Doctor / Internist: \_\_\_\_\_ Date last seen: \_\_\_\_\_

Medico de cabecera

Fecha

Do you have or have had any of the following conditions or illnesses:  
 Ud tiene o a tenido alguna de las siguientes condiciones o enfermedades:

Arthritis Artritis	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	Poor circulation Pobre circulación	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	Lung or breathing problems Problemas de pulmones / respiratorios	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes
Cancer Cancer	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	Bleeding Problems Problemas de sangramiento	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	Trauma to feet or legs Trauma en los pies o piernas	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes
Gout Gota	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	Poor healing Problemas curandose	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	Cramping of feet or legs Calambres en los pies o piernas	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes
Tuberculosis Tuberculosis	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	Nerve problems Problemas de nervios	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	Swelling of feet or legs Hinchazon de los pies o piernas	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes
Diabetes Mellitus Diabetes Melitus	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	Numbness in feet Adormecimiento de los pies	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	Ear/eyes/nose/throat problems Problemas de oidos/ojos/nariz o garganta	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes
Rheumatic Fever Fiebre reumatica	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	Low back pain Dolor de espalda baja	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	Infections/contagious disease Infecciones/ enfermedades contagiosas	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes
Heart problems Problemas de corazón	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	Weight loss/gain Gano / perdida de peso	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	Hepatitis, AIDS, VD Hepatitis, SIDA, Enfermedades venereas	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes
Stomach ulcers Ulceras en el estómago	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	High blood pressure Alta presión	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	Blood Transfusion Trasfusión de sangre	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes
Phlebitis Flebitis	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	Liver problems Problemas del higado	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	Stroke Stoke	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes
Anemia Anemia	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	Kidney problems Problemas de los riñones	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	Other Otro	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes

The above information is complete and accurate to the best of my knowledge. I herby give permission to Florida Foot & Ankle Group, P.A., to examine, perform necessary diagnostic testing, and treat my foot or ankle condition. I authorize photographing my feet.

La siguiente información esta completa a lo mayor de mi entender. Autorizo a Florida Foot & Ankle Group, P.A., a examinar y hacer cualquier procedimiento necesario para tratar la condición de mi pie o mi tobillo. Autorizo que tomen fotos mis pies.

Patient/Parent/Guardian Sinature \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

Firma del Paciente / Padres / Enacargado

Fecha

# Florida Foot & Ankle Group, P.A.

## Patient Information Sheet

Información del Paciente

Today's Date \_\_\_\_\_  
Fecha

Name \_\_\_\_\_

Nombre

Date of Birth \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento

Address \_\_\_\_\_

Dirección

City \_\_\_\_\_

Ciudad

Home Phone \_\_\_\_\_

(er) Telefono

Cell Phone \_\_\_\_\_

Employer \_\_\_\_\_

Empleador

Job position \_\_\_\_\_

Posicion

Family Physician \_\_\_\_\_

Medico Primario

primario

If minor, Rspnsible Party \_\_\_\_\_

Si es menor de edad, Persona responsable

Emergency Contact \_\_\_\_\_

En caso de emergencia

How were you referred to us?  Doctor  Friend / Family  Yellow Pages  Other

Como fue referido a nosotros  Medico  Amigo/familiar  Páginas amarillas  Otro

### **PLEASE READ AND SIGN**

I understand that I am responsible for payment of devices provided to me or my dependent. I hereby authorize assign insurance benefits, otherwise payable to me/my dependent, to be paid directly to **FLORIDA FOOT & ANKLE GROUP,P.A.** I authorize any holder of medical information about me/my dependent to release to Health Care Financing Administration and its agents any information needed to determine these benefits or the benefits payable to related services.

I understand that Medicare or my insurance company may deny payment for services rendered to me or my dependent (s) due to frequency or lack of medical necessity. I therefore, assume full financial responsibility for all non-covered services. My signature below authorizes the release of pertinent medical information to insurance carriers and authorizes my insurance benefits to be paid directly to the doctor.

I hereby give consent to FLORIDA FOOT & ANKLE GROUP, P.A. to provide whatever treatment the assign physician may deem necessary to the patient named below.

### **POR FAVOR LEA Y FIRME**

Yo entiendo que soy responsable por pagos a servicios proveidos a mi o dependiente. Yo asigne beneficios de seguro, de otra manera pagadero a mi o mi dependiente a ser pagado directo a **FLORIDA FOOT & ANKLE GROUP, P.A.** y autorizo que cualquier informacion medica acerca de mi sea divulgada a "Health Care financial Administrator" y sus agentes y cualquier informacion necesitada con proposito de determinar beneficios pagaderos a servicios relativos.

Yo entiendo que Medicare o mi seguro medico puede negar pagos por servicios prestados a mi o mi dependiente debido a frecuencia de necesidad medica. Yo asumire completa responsabilidad financiera para todos los servicios no cubiertos por mi seguro medico. Mi firma autoriza el dar informacion pertinente a mi seguro medico y autorizo que mis beneficios de seguros sean pagados directo al medico asignado.

Yo doy consentimiento a **FLORIDA FOOT & ANKLE GROUP,P.A.** a proveer cualquier tratamiento asignado por el medico que sea necesario para el paciente.

Signature of Patient or Responsible Party / Firma del paciente o responsable

Date / Fecha

**LISA N. ALAISH, D.P.M.  
FL FOOT & ANKLE GROUP**

**ACKNOWLEDGEMENT OF RECEIPT  
OF  
NOTICE OF PRIVACY NOTICES**

I acknowledge that I was provided a copy of the Privacy 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

---

Parent or Authorized Representative (if applicable)

---

Signature