



# Gavilan Foot Care

80 W. 5th Street  
Gilroy, CA 95020

Dr. Kaveh Akhbari, DPM, PC  
gavilanfootcare.com

Nombre del Paciente, \_\_\_\_\_  
Apellido Nombre Nombre de Esposo/Esposa

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Estado S  M  D  W  \_\_\_\_\_  
Civil (menores de edad nombre de guardian)

\*Raza \_\_\_\_\_ \*Etnicidad \_\_\_\_\_ \*Nacionalidad \_\_\_\_\_  
(i.e White, Asian, African- (i.e Non-Hispanic, Latino, etc.) (i.e American, Mexican, British, etc.)  
American, etc.)

\*Opcional

Numero de Telefono

Domicillio del Paciente \_\_\_\_\_ Casa # \_\_\_\_\_ Cellular # \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Codigo Postal \_\_\_\_\_

e-mail de paciente \_\_\_\_\_

Occupaccion- Paciente (padres para menores) Empleador Domicillio Telefono

Occupaccion- Esposo/Esposa Empleador Domicillio Telefono

Contacto de Emergencia \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

Por Quien Fue Referido? \_\_\_\_\_ Domocillio \_\_\_\_\_

Quien es su Doctor Familiar? \_\_\_\_\_ Address \_\_\_\_\_



## Historial Medico

**Nombre del Paciente:** \_\_\_\_\_

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

**Razon de Su Visita?**

---

---

---

---

Cual es la fecha de su lesion o la aparicion de sus sintomas

---

Donde esta el sitio del problema?

Izquierdo  Derecho  Pie  Tobillo  Talon  Arco

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

Describe sus sintomas:

Dolor  Inflamación  Entumecimiento  Hormigueo  Ardor

Agudo  Fuerte  Dolor con Actividad

Dolor con Descanso

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

Que Tratamientos Previous a tenido?  Nada

Ortopedicos  Medicacion  Terapia Fisica

Inyeccion  Cirugia

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

**Evaluacion De Dolor**

---

Indicar nivel de dolor en la escala del 1-10, 10 siendo el peor dolor

1    2    3    4    5    6    7    8    9    10

---

**Medicamento(s) Actual** *por favor indique dosis*  Nada


**Allergias**  Nada

Latex  Penicilin  Sulfa

Codina  Aspirina  Anti-Inflamatorios

**Historial De Salud**

---

Artritis (Tipo:  Rheumatico  Osteoarthritis  Degenerativo)

Diabetes ( Tipo I DM  Tipo II DM)

Cancer Clase: \_\_\_\_\_

Neuropatia  Problemas de Circulacion  Gota

Fibromialgia  Valvula Cardiaca Artificial  Asma

Alta Presion  Insuficiencia Cardiaca Congestiva

Derrame Cerebral  Baja presion  Respiratory Problema

Problemas de Corazon  Disfuncion Renal  Desmallos

Dolor Lumbar  Enfermedad de Hgado  Hepatitis

HIV/AIDS  Perdida de peso inexplicable  Obesidad

Epilepsia

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

**Historial Quirurgico**  Nada

---

Procedimientos/Complicaciones Quirurgicas	Fecha

**Hospitalisaciones**  Nada

---

Razon/Procedimiento	Fecha

**Historial Social**

---

**De Fumar: Eres fumador Actual?**

Fumador Actual  No Fumador

Fumador Actual

En Caso Afirmativo, Cuantos cigarros Fuma al Dia?

5 o menos  6-10  11-20  21-30  31 o mas

**Alcohol:**

A Tenido alguna bebida alcholica en el ultimo ano?

Iidocaina  Novocaina  Anestecia Local



**Nombre del Paciente:** \_\_\_\_\_

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

**Razon de Su Visita?**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Cual es la fecha de su lesion o la aparicion de sus sintomas

Donde esta el sitio del problema?

Izquierdo  Derecho  Pie  Tobillo  Talon  Arco

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

Describe sus sintomas:

Dolor  Inflamacion  Entumecimiento  Hormigueo  Ardor

Agudo  Fuerte  Dolor con Actividad

Dolor con Descanso

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

Que Tratamientos Previous a tenido?  Nada

Ortopedicos  Medicacion  Terapia Fisica

Inyeccion  Cirugia

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

**Evaluacion De Dolor**

Indicar nivel de dolor en la escala del 1-10, 10 siendo el peor dolor

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

**Medicamento(s) Actual** *por favor indique dosis*  Nada


**Allergias**  Nada

Latex  Penicilin  Sulfa

Codina  Aspirina  Anti-Inflamatorios

Lidocaina  Novocaina  Anestecia Local

Tape Adesivo  Yodo  Mariscos

Otro \_\_\_\_\_

**Historial De Salud**

Artritis (Tipo:  Rheumatico  Osteoarthritis  Degenerativo)

Diabetes ( Tipo I DM  Tipo II DM)

Cancer Clase: \_\_\_\_\_

Neuropatia  Problemas de Circulacion  Gota

Fibromialga  Valvula Cardiaca Artificial  Asma

Alta Presion  Insuficiencia Cardiaca Congestiva

Derrame Cerebral  Baja presion  Respiratory Problema

Problemas de Corazon  Disfuncion Renal  Desmallos

Dolor Lumbar  Enfermedad de Hgado  Hepatitis

HIV/AIDS  Perdida de peso inexplicable  Obesidad

Epilepsia

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

**Historial Quirurgico**  Nada

Procedimientos/Complicaciones Quirurgicas	Fecha

**Hospitalisaciones**  Nada

Razon/Procedimiento	Fecha

**Historial Social**

**De Fumar:** Eres fumador Actual?

Fumador Actual  No Fumador

Fumador Actual

En Caso Afirmativo, Cuantos cigarros Fuma al Dia?

5 o menos  6-10  11-20  21-30  31 o mas

**Alcohol:**

A Tenido alguna bebida alcholica en el ultimo ano?

Si

No

En Caso afirmativo, con que frecuencia toma bebidas que contienen alcohol?

Al mes o menos  2-4 veces al mes  2-3 a la semana

Diario



## Gavilan Foot Care

80 W. 5th Street  
Gilroy, CA 95020

Dr. Kaveh Akhbari, DPM, PC

[gavilanfootcare.com](http://gavilanfootcare.com)

### NOTIFICACION Y RECONOCIMIENTO

Yo reconozco que e recibido y leido la copia de los siguientes documentos (**remarcados**) y firmando, yo acepto a:

- 1) \_\_\_\_\_ Autorizar a Gavilan Foot Care Center para hacer recomendaciones en mi nombre y comparta informacion clinica y demografica relevante como esta descrita en las **Formas de HIPAA Consentimiento del Paciente y los Documentos de Practica de Privacidad**.
- 2) \_\_\_\_\_ Autorizo entrega de informacion medica a individuos especificados proveidos por mi, a Gavilan Foot Care Center.
- 3) \_\_\_\_\_ Autorizo **Entrega de Informacion** con respecto a mi tratamiento medico solicitado por mi aseguranza y autorizo derechos de **Asignacion y Beneficios**/pagos directamente a Gavilan Foot Care Center por la provicion de cirugias y beneficios medicos. (Clausura de Aseguranza)
- 4) \_\_\_\_\_ Autorizo que se recolecte el historial de mis medicamentos via el SureScripts casa de clarificacion y entrega de prescripciones electronicos a la farmacia de mi preferencia.
  - a. Yo Prefiero la Farmacia \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_
- 5) \_\_\_\_\_ Yo e recibido y repasado las Autoriaciones de por Vida refiriendose a cobertura de Medicare Para Cuidado de Rutina de Pies.
- 6) \_\_\_\_\_ Horas de oficina son solo por citas. Yo entiendo que si fallo a notificar a la oficina dentro de 24 horas o fallo en asistir a la cita puede resultar en un sobrecargo de \$25.
- 7) \_\_\_\_\_ **PAGOS CON ASEGURANZA:** Copagos deben ser pagados a la hora de su servicio. La cantidad que su compania de asegurana determine es su parte del costo es su responsabilidad de pagar dentro de 30 dias de la notificacion de su aseguranza. Despues de 30 dias un cargo de **\$5.00 cada vez que mandemos una factura**. Despues de 90 dias un cargo de **\$25.00 sera agregado en adicon de el cargo de \$5.00 cada vez que se le mande una factura**.
- 8) Aseguranza: Nuestra oficina enviara el cobro a la asegurana despues de el tratamiento. Antes de su tratamiento, por favor establezca elegibilidad con su compania de aseguranza y si una autorizacion por adelantada es requerida

X \_\_\_\_\_

Firma del Paciente, Padres o Firma de Representante



Gavilan Foot Care

80 W. 5th Street  
Gilroy, CA 95020

Dr. Kaveh Akhbari, DPM, PC

[gavilanfootcare.com](http://gavilanfootcare.com)

## CLAUSURA DE ASEGURANZA

YO, \_\_\_\_\_,  
Nombre de el paciente

YO ENTIENDO QUE YO SOY ELIGIBLE PARA RECIBIR  
BENEFICION CON

\_\_\_\_\_ DESDE \_\_\_\_\_.  
Aseguranza Primaria Fecha de efectividad  
(si NO tiene aseguranza, por favor escribir "No" en la forma)

NOMBRE SE SUBSCRIPTOR: \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO DE SUBSCRIPTOR: \_\_\_\_\_

SS#: \_\_\_\_\_

GRP#: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ DESDE \_\_\_\_\_.  
Aseguranza Secundaria Fecha de efectivade  
(si NO tiene aseguranza, por favor escribir "No" en la forma)

NOMBRE SE SUBSCRIPTOR: \_\_\_\_\_

SS#: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO DE  
SUBSCRIPTOR: \_\_\_\_\_

GRP#: \_\_\_\_\_

YO ENTIENDO QUE EN CASO QUE SEA INELEGIBLE, NEGADO, NO PAGADO  
O PAGO PARCIAL, YO SOY RESPONSABLE POR EL PAGO A MI CUENTA.

\_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_  
Firma de Persona Responsable