

Bruce A. Scudday, DPM, FACFAS

1700 Curie Drive, Suite #4000
El Paso, TX 79902

1400 George Dieter, Suite #230
El Paso, TX 79936

Nombre del Paciente _____ **Fecha de Nacimiento** _____
Apellido (Last) Nombre (First) Date of birth

Direccion _____
Address

Ciudad _____ **Estado** _____ **Código Postal** _____ **Correo Electrónico** _____
City State Zip Code Email

Tel. Casa _____ **Tel. Celular** _____ **Tel. Trabajo** _____
Home Phone Cellular Phone Work Phone

Sexo (M / F) Estado Civil (S C D V Separado) Seguro Social # _____
Sex Marital Status (S M D W Separate) Social Security

Raza (Blanco Negro Indio Americano o Nativo de Alaska Asiatico Otro/Multiple)
Race (White Black American Indian Alaskan Native Asian/Pacific Islander Other/Multiple)

Origen Etnico (Hispano No Hispano) Language Preferido (Ingles Español)
Ethnicity (Hispanic Non-Hispanic) Preferred Language (English Spanish)

Nombre de Empleador _____ **Ocupacion** _____
Patient Employer Occupation

Direccion de Empleador _____
Business Address

Nombre de Compania de Seguros Primaria _____
Name of Primary Insurance Company

Nombre de Compania de Seguros Secundaria _____
Name of Secondary Insurance Company

Como escucho hacerca del Dr. Scudday?(Nombre) _____
How did you hear about Dr. Scudday?

Contacto de Emergencia: _____ **Relacion** _____ **Telefono** _____
Emergency Contact Relationship Phone #

Si el paciente no es el tutor de el seguro favor de llenar la siguiente information:
If the insurance is in the name of another person (such as a spouse or parent), please provide the following information:

Nombre del Tutor _____ **Seguro Social#** _____
Guarantor's Name Apellido (Last) Nombre (Name) Guarantor's SS#

Direccion _____
Address

Ciudad _____ **Estado** _____ **Codigo Postal** _____
City State Zip Code

Tel. Casa _____ **Tel. Celular** _____ **Tel. Trabajo** _____
Home Phone Cellular Phone Work Phone

Fecha de Nacimiento del Tutor _____
Guarantor's Date of Birth

Nombre de Empleador del Tutor _____ **Ocupacion** _____
Guarantor's Employer Occupation

Direccion de Empleador _____
Business Address

Se me ha dado copia del Aviso de Practica de Privacidad para leer o he tenido la oportunidad de leerla y entiendo todo lo referente a este aviso.
I acknowledge a copy of the Notice of Privacy Practices was made available to me. I am entitled to take a copy of this Notice if I desire to do so.

Su Firma _____

Nombre del Paciente _____ Chart # _____

Porque razón viene a ver al doctor? Why are you seeking treatment?

Este problema esta relacionado con accidente de trabajo? Is this problem, illness or injury work related?..... SI NO
Se encuentra en buen estado de sauld? Are you in good health now?..... SI NO
Esta bajo algún cuidado médico? Are you currently under the care of a physician?..... SI NO
Ha sido alguna vez hospitalizado por alguna enfermedad? Have you ever been hospitalized or had a serious illness?..... SI NO
Ha tenido cirugías? Have you ever had surgery?..... SI NO

Si ha tenido explique cuáles? If yes, explain _____

(Mujeres) Está embarazada? (Women) Are you pregnant?..... SI NO

Si esta, cuando es la fecha del parto? If yes, when is your due date? _____

Usa tabaco en alguna forma? Do you use tobacco in any form?..... SI NO

Si fuma, cuanto? If yes, what type and how much? _____

Consume bebidas alcoholicas? Do you use alcohol?..... SI NO

Si toma, cuando y cada cuándo? If yes, how much and how often? _____

Tiene alergia a algún medicamento? Are you ALLERGIC to any medications?..... SI NO

Si tiene cual? If yes, please list _____

Si está tomando algún medicamento, por favor de los nombres y la cantidad: If you are taking any medications, please list the name and the dosage below:

Ha sufrido o padece alguno de los siguientes padecimientos? Do you have or have you ever had any of the following?

Embolia Stroke.....	SI NO	Problemas de los riñones Kidney Disease.....	SI NO
Insuficiencia cardiaca Congestive heart failure...	SI NO	Enfizema Emphysema.....	SI NO
Diabetes Diabetes.....	SI NO	Tiroides Thyroid Condition/Goiter.....	SI NO
Alta Presión High Blood Pressure.....	SI NO	Artritis/Reumatismo Arthritis/Rheumatism.....	SI NO
Anjina Angina.....	SI NO	Coyunturas artificiales Artificial Joints/Limbs...	SI NO
Ataque cardiaco Heart Attack.....	SI NO	Hepatitis.....	SI NO
Problemas coronarios Coronary artery disease...	SI NO	Ulceras Ulcers.....	SI NO
Tumores Tumors/Cancer.....	SI NO		

Hay alguna condición grave o problema de salud que no esté en la lista que sería necesario hacernos saber? Please describe, condition or problem not listed above that you feel we should know about.

Nombre del Doctor Familiar Primary Physician's Name _____ Tel# Phone# _____

Nombre de Podiatra Anterior Former Podiatrist's Name _____ Tel# Phone# _____

Razón por lo que lo atendió? What did she/he treat you for? _____

A tenido algún problema serio con algún tratamiento de los pies? Have you ever had a serious trouble associated with previous foot treatment? _____

Cual fue el último día que vio a su doctor primario? Date of last visit to your primary physician _____

Para lo mejor de mi conocimiento todas las respuestas son correctas y verdaderas. Si algo cambia en mi estado de salud o en medicamentos, yo informare al doctor en mi próxima visita.

To the best of my knowledge, all of the proceeding answers are true and correct. If I ever have a change in my health or change in my medication, I will inform the physician at the next appointment.

Firma del Paciente, o Guardián del Paciente _____ Fecha _____
Signature of patient, parent or guardian Date