



DESIREE GARZON, DPM, CWSP

Podiatrist, Foot and Ankle Reconstructive Surgery

Phone: 561-734-3960

FAX: 561-734-2811

1325 S. Congress Ave., Suite 108
Boynton Beach, Florida 3342

9868 State Road 7, Suite 330
Boynton Beach, FL 33472

Phone: 561-369-3300 FAX: 561-734-2811

countywidefootandankle@gmail.com | www.CountyWideFootandAnkle.com

Medical Records Release Authorization

Patient's Name: _____ Social Security #: _____

Address: _____ Date of Birth: _____

_____ Chart #: _____

I hereby authorize Desiree Garzon, D.P.M. to release my medical records, including operative reports, progress notes, radiology reports and film copies, pathology reports and slides, and discharge summaries to:

Name _____

Address: _____

Reason for Disclosure: _____

Phone: _____ FAX: _____

I do hereby agree to release, indemnify and hold harmless, Desiree Garzon DPM, its officers, employees, agents and member of its medical staff, from and against any claims against or liability incurred by it at any time, arising out of or in connection with the disclosure of medical information authorized by me pursuant to this consent. Signing this authorization may cause the health information used or disclosed pursuant to this authorization to no longer receive the protection of federal privacy laws. This consent may be revoked at any time by notifying the facility, except to the extent that the receiving facility has already taken action in reliance on it. This consent and authorization shall automatically expire six months from the date of the consent, unless revoked by the patient or patient's authorized representative prior to that time.

I further agree to pay the fees charged to provide the information requested. The fees are waived only if the copies are forwarded to a physician office and/or healthcare provider.

Signature of Patient Date: _____

Signature of Legal Representative Relationship: _____ Date: _____

Practica:

Fecha:

Nombre: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____
Sexo: H M **Estado Civil:** Soltería Casado Vivdo Divorciado **SS#:** _____
E-mail: _____ **Nombre de Pareja** _____
Nombre de emergencia: _____ **Numero de Teléfono:** _____
Dirección: _____ **Ciudad:** _____ **Estado:** _____ **CodigoPostal:** _____
Numero de Teléfono #: _____ **Cell #:** _____ **Otro Numero #:** _____
Trabajo: _____ **Número de teléfono:** _____
Dirección de Trabajo: _____ **Ciudad:** _____ **Estado:** _____ **Código Postal:** _____

Primero Seguro: _____

Seguro Información:

Nombre de Identificación: _____ Reacción: Cónyuge Hijo Auto Otro
Numero de teléfono #: _____ Sexo: Masculino Femenina Día de Nacimiento: ___/___/___
Dirección: _____
Numero de identificación: _____ Grupo: _____ Trabajo: _____

Segundo Seguro: _____

Seguro Información:

Nombre de identificación: _____ Reacción: Cónyuge Hijo Auto Otro
Numero de teléfono #: _____ Sexo: Hombre Mujer Día de Nacimiento: ___/___/___
Dirección: _____
Numero de identificación: _____ Grupo: _____ Trabajo: _____

Como te enteraste sobre nuestra oficina? Doctor Internet Guía telefónica Familia Amigo

Otro: _____

Cuál es la razón por su visita? _____

Resultado Dr un accidente o trabajo? Si No

Desde cuando tiene la molestia? 1 2 3 4 5 6 7 días semanas meses años

Que tratamientos ha intentado? _____

Cuál es su nivel de dolor (1 no tiene dolor y 10 es terrible) ___/10

Calidad del dolor es: en llamas siempre sordo agudo punzante hormigueo Otro: _____

Por Favor Leer y Firma

La información anterior es correcta y lo mejor de mi conocimiento. Tengo entendido que a lo largo de mi tratamiento, yo soy responsable de notificar al médico y/o el Personal Medicado toda as actualizaciones de la información anterior.

Firma: _____

Fecha: _____

Historia y Física

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Historia Medico: Alcohólico Trastornos de la sangre Prob Circulación Musculo esquelético Respiración
 Hígado Apnea del sueño La Gota Alergias Enfermedades del corazón Asma
 Supo de Corazón Estomago Depresión Ansiedad Enfermedad mental Enfermedad renal
 Coagulo de sangre Colesterol alto Presión arterial alta Cáncer Hepatitis
 Neuropatía _____ Enfermedad de la tiroides _____ Diabetes (tipo 1, tipo 2)
 Artritis _____ Otro _____ SIDA CVA
Está embarazada? Si No **Estas amamantando?** Si No Disorders piel Cebar el hogar

Antecedentes Quirúrgicos Nada Apendicetomía Cesárea Angioplastia Derivación Cataratas Colectectomía
Alguna vez has tenido algún procedimiento quirúrgico en el pie o el tobillo o anywhere otra parte del cuerpo? Si No
En caso afirmativo, bajando por: _____
Tienes algunas articulaciones artificiales? Si (donde? _____) No Tiene un valve Corazón artificial? Si No

Historia Social

Fuma? Si No En caso afirmativo, cautas cajetillas al día? 1 2 3 4 5 Por cuánto tiempo? _____
Bebe alcohol? Si, todo los días (5-7 días en el semana) Si Socialmente No/ Casi nunca
Abuso de Sustancias: Si, yo tengo un problema en este momento. Por favor especifique: _____
 Si tuve un problema de abuso de sustancias en el pasado. Por favor especifique: _____
 Nunca he tenido un problema dr abuso de sustancias
Cual es su trabajo? _____ Afecta a la mayoría de pie o sentado
Usted hace ejerció periódicamente? No hace ejercicio periódicamente Si hace ejercicio periódicamente

Historia de Familia Hay algún pariente consanguíneo con la siguiente historia clínica (Por favor especifique quien):

<input type="checkbox"/> Alzheimer _____	<input type="checkbox"/> Depresión _____
<input type="checkbox"/> Artritis _____	<input type="checkbox"/> Diabetes _____
<input type="checkbox"/> Trastornos de la coagulación _____	<input type="checkbox"/> Enfisema _____
<input type="checkbox"/> Coagulo de Sangre _____	<input type="checkbox"/> Enfermedades del corazón _____
<input type="checkbox"/> Cáncer _____	<input type="checkbox"/> Presión arterial Alta _____
<input type="checkbox"/> Las Cataratas _____	<input type="checkbox"/> Neurológica _____
<input type="checkbox"/> Problemas de circulación _____	<input type="checkbox"/> Golpes _____
<input type="checkbox"/> Otro: _____	

Revisión de los Sistemas (Marque la casilla si actualmente tiene alguno de los síntomas o el checó "Ninguno")

Cardiovascular	<input type="checkbox"/> dolor en las piernas cuando caminar <input type="checkbox"/> fiebre <input type="checkbox"/> presión de dolor en el pecho <input type="checkbox"/> inflamación de las piernas <input type="checkbox"/> manos o pies fríos <input type="checkbox"/> desmayos <input type="checkbox"/> palpaciones <input type="checkbox"/> enfermedad vascular <input type="checkbox"/> problema en las válvulas <input type="checkbox"/> Ninguno
Genitourinario	<input type="checkbox"/> sangre en la orina <input type="checkbox"/> vacilación <input type="checkbox"/> incontinencia <input type="checkbox"/> aumento de la urgencia <input type="checkbox"/> disminución de la frecuencia <input type="checkbox"/> micción excesiva <input type="checkbox"/> enfermedad renal <input type="checkbox"/> cálculos renales <input type="checkbox"/> Ninguno
Gastrointestinal	<input type="checkbox"/> dolor abdominal <input type="checkbox"/> acidez estomacal <input type="checkbox"/> sangre en las heces <input type="checkbox"/> vómitos <input type="checkbox"/> úlceras <input type="checkbox"/> estreñimiento <input type="checkbox"/> diarrea <input type="checkbox"/> dificultad para tragar <input type="checkbox"/> apitè disminución <input type="checkbox"/> aumento del apetito <input type="checkbox"/> Ninguno
Tegumentario	<input type="checkbox"/> hongos en los pies <input type="checkbox"/> anomalías de as unas <input type="checkbox"/> queladas <input type="checkbox"/> picazón <input type="checkbox"/> piel seca y escamosa <input type="checkbox"/> Ninguno
Hematológica	<input type="checkbox"/> úlceras inferior de la pierna <input type="checkbox"/> células falciformes <input type="checkbox"/> anemia <input type="checkbox"/> anticoagulantes <input type="checkbox"/> trastornos de la coagulación <input type="checkbox"/> Ninguno
Neurológica	<input type="checkbox"/> hormigueo <input type="checkbox"/> debilidad <input type="checkbox"/> convulsiones <input type="checkbox"/> entumecimiento <input type="checkbox"/> dolores de cabeza <input type="checkbox"/> temblores <input type="checkbox"/> parálisis <input type="checkbox"/> Ninguno
Musculo esqueléticos	<input type="checkbox"/> dolor de espalda <input type="checkbox"/> hinchazón de las articulaciones <input type="checkbox"/> debilidad muscular <input type="checkbox"/> dolor muscular <input type="checkbox"/> dolor de cuello <input type="checkbox"/> la ciática <input type="checkbox"/> rigidez de las articulaciones <input type="checkbox"/> dolor en las articulaciones <input type="checkbox"/> inestabilidad de la articulación <input type="checkbox"/> artritis <input type="checkbox"/> Ninguno
Respiratoria	<input type="checkbox"/> dolor en el pecho <input type="checkbox"/> sibilancias <input type="checkbox"/> COPD <input type="checkbox"/> tos <input type="checkbox"/> ronquidos <input type="checkbox"/> enfisema <input type="checkbox"/> Ninguno

Por Favor Leer y Firma

La información anterior es correcta a lo mejor de mi conocimiento. Tengo entendido que a lo largo de mi tratamiento, soy responsable de notificar al médico y/o el Personal medicaos todas as actualizaciones de la información anterior.

Firma: _____

Fecha: _____

Practica:

Fecha:

Nombre: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____

Etnicidad: Hispanos o latinos No Hispano o Latino Se Negó a Especificar

Rasé: Asiático Indio Americano o nativo de Alaska Negro o Africano Americano Blanco
 Isleño hawaiano pacífico nativo Se Negó Especificar

Idioma Preferido: _____ Se Negó Especificar

Farmacia: _____ **Numero de teléfono de farmacia:** _____

Dirección de Farmacia: _____ Ciudad estado, código postal: _____

Medico de atención primera: _____ Numero de teléfono: _____ fecha visto: _____

Dirección: _____

Refiriéndose medico: _____ Numero de teléfono _____ fecha visito: _____

Direction: _____

Preferencias de información de privacidad

Quieres ser excluido de la información publica? Si No Pueden enviar un correo a su casa? Si No

Podemos llamar al número de teléfono en el archivo Si No Podemos dejar un mensaje Si No

Va a permitir use le enviemos la entrega basada en internet de recordatorios y boletines Si No

En caso afirmativo por favor proporcione su email: _____

Con quien podemos dejar un mensaje? Esposa Esposo Hija Hijo Otro: _____

Nombre(s): _____

El Consumo de tabaco

Hábitos cotidiana Fumador, el estado actual no conoce

Fumar algunos días Fumador Empedernido No se

Ex nunca Fumador menos Se negó especificar

Signo Vitales

Presión arterial: _____ / _____

Altura: _____ Peso: _____

Medicamentos Actuales

Medicamentos no conocidos Yo tomo los siguientes medicamentos:

Nombre: _____

Nombre: _____

Nombre: _____

Nombre: _____

Nombre: _____

Use el reverso de este formulario si necesita más espacio

Alergias

Alergias no conocidas Sin alergias medicamentosas

Nombre: _____ Reacción: _____

Nombre: _____ Reacción: _____

Nombre: _____ Reacción: _____

Nombre: _____ Reacción: _____

Nombre: _____ Reacción: _____

Use el reverso de este formulario si necesita más espacio

Ultima vacuna contra la gripe: _____ **¿Ha recibido una vacuna contra la neumonía?** Si No

¿Se ha caído en los últimos 12 meses? Si No **¿Fue herido por la caída ? ?** Si No

¿Ha completado cualquier Directivas Avanzada? Si No

POR FAVOR LEA Y FIRME:

La información en mi formulario(s) de admisión es correcta y lo mejor de mi conocimiento . Entiendo que a lo largo de mi tratamiento, yo soy responsable de notificar al médico y / o el personal médico de cualquier y todos los cambios a la información que aparece arriba. (Asignación de Beneficios) : Yo autorizo el pago de beneficios médicos a la práctica antes mencionado . (Divulgación de información) : Autorizo la divulgación de cualquier información médica necesaria para procesar este reclamo. (HIPAA Privación) : Reconozco que he recibido mi HIPAA Privacidad Aviso de Prácticas . (Historial de medicamentos) : Autorizo a la oficina del doctor para recuperar mi historial de medicamentos

Firma: _____

Fecha: _____



Desiree Garzon, DPM, CWSP

1325 S. Congress Ave, Suite 108
Boynton Beach, FL 33426

9868 State Road 7, Suite 330
Boynton Beach, FL 33472

Phone: 561-369-3300 FAX: 561-734-2811

countywidefootandankle@gmail.com | www.CountyWideFootandAnkle.com

Photo/Video Release Agreement

I _____ hereby grant and authorize Dr. Desiree Garzon, DPM the right to take, edit, alter, copy, exhibit, publish, distribute and make use of any an all videos and photos taken of me to be used in and/or for any lawful purpose.

This authorization extends to all languages, media, formats and markets now known or later discovered.

This authorization shall continue indefinitely, unless I otherwise revoke this authorization in writing.

I waive the rights to inspect or approve any finished product in which my likeness appears.

I agree that I have been compensated for this use of my likeness or have otherwise agreed to this release without being compensated. I waive any right to royalties or other compensation arising or related to the use of the video and photos.

I understand and agree that these materials shall become the property of Dr. Desiree Garzon, DPM and will not be returned.

I hereby hold harmless and release Dr. Desiree Garzon, DPM from all liability, petitions, and causes of action which I, my heirs, representatives, executors, administrators, or any other person may make while acting on my behalf or on behalf of my estate.

Printed Name: _____

Signature: _____

Date: _____

I DO NOT authorize any images to be released or utilized for social media and/or marketing purposes.