



## Historial Clínico/Patient Form

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
 (Patient name) (Date)

Dirección Postal/Address: \_\_\_\_\_

Teléfono/Home: \_\_\_\_\_ Celular /cell phone: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento (DOB): \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Estado Civil/Marital Status: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Farmacia/Pharmacy: \_\_\_\_\_

Contacto de emergencia/Emergency contact: \_\_\_\_\_

Explique brevemente la razón de su visita/ (Briefly tell us the reason for your visit):  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Plan médico/insurance: \_\_\_\_\_

¿Cómo supo de nosotros? /How did you hear about us? :  
 Doctor \_\_\_\_ Plan medico/insurance \_\_\_\_ familia/family \_\_\_\_ Internet/Google \_\_\_\_

Historial Médico	
Escriba aquí sus problemas médicos actuales (con el año del diagnóstico) (Past Medical History List your current medical problems (with year of diagnosis))	
Problemas Médicos Actuales (Current Medical Problems):	AÑO (YEAR)
1.	
2.	

¿Ha tenido fracturas en el pie? (Foot fractures?) <input type="checkbox"/> SÍ (YES) <input type="checkbox"/> NO	Si contestó que sí, por favor describa (If yes, please describe):	
¿Ha tenido alguna otra lesión grave? (Any other serious injuries?) <input type="checkbox"/> SÍ (YES) <input type="checkbox"/> NO	Si contestó que sí, por favor describa (If yes, please describe):	
Le han hecho las pruebas de (Have you been tested for):		
Hepatitis B: <input type="checkbox"/> SÍ (YES) <input type="checkbox"/> NO Si contestó que sí, resultados/año (If yes, Result/Year): _____/_____	Hepatitis C: <input type="checkbox"/> SÍ (YES) <input type="checkbox"/> NO Si contestó que sí, resultados/año (If yes, Result/Year): _____/_____	VIH: <input type="checkbox"/> SÍ (YES) <input type="checkbox"/> NO Si contestó que sí, resultados/año (If yes, Result/Year): _____/_____

## Historial Clínico/Patient Form

Historia Social (Social History)	
¿Usted Fuma? (Do you smoke?) <input type="checkbox"/> SÍ (YES) <input type="checkbox"/> NO Número de paquetes al día (¿Number of packs per day?) _____ ¿Por cuantos años? (¿How many years?) _____	¿Actualmente toma bebidas alcohólicas? (¿Do you currently drink alcohol?) <input type="checkbox"/> SÍ (YES) <input type="checkbox"/> NO ¿Con qué frecuencia? (¿How often?) _____ ¿Antes tomaba regularmente? (¿Previous regular use?) <input type="checkbox"/> SÍ (YES) <input type="checkbox"/> NO
¿Usa alguna sustancia como cocaína o marihuana? (Do you use any substances such as cocaine or marijuana?) <input type="checkbox"/> SÍ (YES) <input type="checkbox"/> NO Si contestó que sí, por favor enumere aquí (If yes, please list): _____ ¿Con qué frecuencia? (How often) _____	
¿Usted trabaja? (Are you employed?) <input type="checkbox"/> SÍ (YES) <input type="checkbox"/> NO Si contestó que sí, ¿Cuál es su ocupación? (If yes, occupation?) _____	
¿Recibe compensación por invalidez? (¿On disability?) <input type="checkbox"/> SÍ (YES) <input type="checkbox"/> NO Si contestó que sí, ¿cuál es la razón? (If yes, reason?) _____	
¿Practica algún ejercicio? Especifique: _____ Do you practice any exercise? Specify: _____	
¿Cuántas veces al día permanece de pie?: _____ How many times a day do you stand?	

Usted padece o ha sido tratado por algunas de estas condiciones: You suffer from or have been treated for any of these conditions:					
	SI	NO		SI	NO
Callos dolorosos en los pies			Juanetes		
Úlceras en los pies o piernas			Dolor en el arco del pie		
Huesos rotos en los pies			Dolor en las rodillas		
Calambre en los pies o piernas			Dolor de inserción del tendón de Aquiles		
Dedos encorvados			Rash		
Dolor en la espalda baja			Pie de atleta		
Pie de arco alto			Pie plano		
Tobillo Torcido			Tobillo roto		
Verruga en los pies			Neuroma		
Hongo en las uñas			Hongo en los pies		
Dolor en el talón			Uñas enterradas		
Sobrehuesos dolorosos en los pies			Problemas al caminar		
Problemas en los pies desde su niñez			Camina en la punta de los pies		
Camina con los pies para adentro			¿Ha sido evaluado por un podiatra en el pasado?		

## Historial Clínico/Patient Form

Favor Conteste Todas Las Preguntas		
	SI	NO
¿Sus primeros pasos al salir de la cama son dolorosos?		
¿Padece de calambres durante el día?		
¿Utiliza plantillas?		
¿Utiliza ortóticos? Soporte para los pies		
¿Su condición en el pie le limita a hacer actividades?		
¿Tiene dificultad al caminar?		
¿El dolor termina al parar de caminar?		
¿Sana después de una cortadura?		
¿Le salen hematomas?		
¿Sangra mucho al momento de una cortadura?		
¿Utiliza zapatos para diabéticos?		
¿Camina descalzo?		

Ilustración de condiciones

(Puede circular las que le apliquen)



**NOS RESERVAMOS EL DERECHO DE ADMISIÓN**

Gracias por permitirnos atenderle con sus necesidades de salud médica.