

Personal Health History

Family Physician _____

Address _____

Phone # _____

What problem brings you to the office? _____ Pain scale at worst (0-10) _____

How long has this bothered you? _____ Have you tried self-treatments/home remedies? _____

If so, what have you tried? _____

How is your general health? Good Fair Poor

Do you have diabetes? Yes No Borderline Last blood sugar _____

Do you have knee, hip or back problems? _____ If so, which ones? _____

Is there a family history of: Diabetes Tuberculosis Cancer

What medications are you taking? _____

Are you taking: Blood thinners _____ Cholesterol Medicine _____ Thyroid Medicine _____

What vitamins or supplements are you taking? _____

List any operations you have had: _____

Have you had any of the following?

YES NO Alcohol addiction

YES NO Alzheimer's

YES NO Anemia

YES NO Anxiety

YES NO Arthritis/Rheumatoid

YES NO Asthma

YES NO Blood Disease

YES NO Blood Clots

YES NO Blood Transfusion

YES NO Broken Bones

YES NO Burning in feet/legs

YES NO Cancer

YES NO Circulation Disease

YES NO Drug Addiction/treatment

YES NO Depression

YES NO Epilepsy

YES NO Fibromyalgia

YES NO HIV

YES NO Hardenings Of The Arteries

YES NO Heart Trouble

YES NO Hepatitis

YES NO High Blood Pressure

YES NO Illicit Drug use

YES NO Kidney Trouble

YES NO Liver Trouble

YES NO Numbness in Feet/Legs

YES NO Parkinson's

YES NO Phlebitis

YES NO Polio

YES NO Prolonged Bleeding

YES NO Raynaud's Disease

YES NO Rheumatic Fever

YES NO Stomach Ulcers

YES NO Swelling in Feet/Legs

YES NO Thyroid Disease

YES NO Tingling in Feet/legs

YES NO Tuberculosis

YES NO Varicose Veins

Are you allergic to the following? _____

Adhesive Tape

Anesthetics

Drugs _____

Erythromycin

Foods _____

Novocain

Penicillin

Sulfa

Other _____

Shoe Size? _____

Do you use alcohol? _____

How often? _____

Are you a smoker? _____

How many packs a day? _____

Recreational Drug use? _____

Are you Pregnant? _____

Do you take birth control

Pills? _____

History of stroke or heart attack? _____

Do you spend more than 50% of your workday standing? YES NO

The information provided above is true and accurate to your best knowledge.

Signature: _____ Date: _____

Dr. Initial: _____

OVER →

FOOT AND ANKLE HEALTH CENTER

PAIN SCALE

PLEASE INDICATE THE LEVEL OF PAIN YOU ARE HAVING ON THE SCALE BELOW. "0" MEANS NO PAIN AND "10" MEAN THE WORST PAIN.



LEFT FOOT



I ----- I ----- I ----- I ----- I ----- I ----- I ----- I ----- I ----- I ----- I
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10



RIGHT FOOT



I ----- I ----- I ----- I ----- I ----- I ----- I ----- I ----- I ----- I ----- I
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Name: _____ Sex: _____ Date of Birth: _____ Age _____

Address: _____ City: _____ State _____ Zip _____

Phone: () _____ Cell# () _____ SS# _____

Email (if you would like to receive office updates and correspondence) _____

Occupation: _____ Place of Employment: _____

Address of Employer _____ City _____ Phone () _____

Who do we contact in an emergency : _____ Phone: () _____

Married: _____ Single: _____ Widowed: _____ Separated: _____ Divorced: _____

Spouse/Parent/Guardian: _____ Date of Birth: _____

Insured SS#: _____ Place of Employment: _____

Address of Employer: _____ City _____ Phone: () _____

Patient Signature/Guardian _____ Date _____

Historial de Salud

Doctor Familiar _____

Direccion de la oficina _____ Numero telefonico _____

Cual es la rason de su visita hoy? _____ Nivel de dolor (0-10) _____

Cuanto hace que le empezo a molestar? _____ A tratado remedios caseros? _____

Si si, que a tratado? _____

Como esta su salud general? Buena Mas o Menos Mala

Tiene diabetes? Si No Cercas (borderline) Ultimo nivel de azucar _____

Tiene problemas de rodilla, cadera o espalda? _____ Si si, cual? _____

Tiene historia de familia con: Diabetes Tuberculosis Cancer

Liste medicaciones que este tomando? _____

Esta tomando: Anticoagulantes _____ Medicina de Cholesterol _____ Medicina para Tiroide _____

Que vitaminas or suplementos esta tomando? _____

Liste sirugias que a tenido: _____

Alguna vez a tenido alguno de los siguiente:

SI NO Adiccion Alcoholica

SI NO Alzheimer's

SI NO Anemia

SI NO Ansiedad

SI NO Artritis/Rheumatica

SI NO Asthma

SI NO Enfermedades de sangre

SI NO Coagulos de Sangre

SI NO Transfusion de Sangre

SI NO Cebradura de Huesos

SI NO Sensacion Caliente en los pies/piernas

SI NO Cancer

SI NO Problemas de Circulacion

SI NO Adiccion a Drogas/tratamiento

SI NO Depresion

SI NO Epilepsia

SI NO Fibromyalgia

SI NO HVI

SI NO Arterias Duras

SI NO Problemas de Corazon

SI NO Hepatitis

SI NO Alta Precion

SI NO Uso de Drogas Illicito

SI NO Problemas de Rinon(es)

SI NO Problemas de Higado

SI NO Entumecimiento en los pies

SI NO Parkinson's

SI NO Phlebitis

SI NO Polio

SI NO Prolonged Bleeding

SI NO Raynaud's Disease

SI NO Fiebre Rheumatica

SI NO Ulceras en el Estomago

SI NO Hinchados pies o piernas

SI NO Tiroide

SI NO Sensacion hormigueo en los pies

SI NO Tuberculosis

SI NO Venas Varicosas

Tiene Alergia a lo Siguiente? _____

Cinta Adhesiva

Anestésico

Medicinas _____

Erythromycina

Comidas _____

Novocaina

Penicilina

Sulfa

Otro _____

Talla de Zapato? _____

Usa Alcohol? _____

Cada Cuando? _____

Fuma? _____

Cuantos Paquetes? _____

Usa Drogas Recreadas? _____

Esta embarazada? _____

Toma Pastillas Anticonceptivas? _____

Historia De Ataques al Corazon o Derrames Cerebral? _____

Esta parado mas de 50% del tiempo en su trabajo? SI NO

La informacion que fue dada en esta pajina es verdadera y dada a mi mayor conocimiento.

Firma: _____ Fecha: _____

Dr. Initial: _____

De La Vuelta →

FOOT AND ANKLE HEALTH CENTER

Regla De Dolor

Favor de indicar el nivel de dolor que esta teniendo. En la regla. "0" significa nada de dolor y el "10" el peor dolor de puede estar teniendo.



Pie Izquierdo



I ----- I ----- I ----- I ----- I ----- I ----- I ----- I ----- I ----- I ----- I
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10



Pie Derecho



I ----- I ----- I ----- I ----- I ----- I ----- I ----- I ----- I ----- I ----- I
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Nombre: _____ Sexo: _____ Fecha De Nacimiento: _____ Edad: _____

Direccion: _____ Ciudad: _____ Estado: _____Codigo Postal: _____

Telefono: () _____ Celular () _____ SS# _____

Email (Si le gustaria recibir notificaciones de la officina) _____

Ocupasion: _____ Donde Trabaja: _____

Direccion de Empleo: _____ Ciudad _____ Telefono () _____

Contacto De Emergencia : _____ Telefono: () _____

Casado/a: _____ Soltero/a: _____ Viudo/a: _____ Separado/a: _____ Divorciado/a: _____

Esposo(a)/Padre/Guardian: _____ Fecha De Nacimiento: _____

De Seguro Social De Asegurado: _____ Donde Trabaja: _____

Direccion De Trabajo: _____ Ciudad _____ Telefono () _____

Firma De Paciente/Guardian _____ Fecha: _____