

# 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

Anestesico

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: \_\_\_\_\_