

Historia Médica del Paciente (Patient History)

Nombre del Paciente: (Patient Name) _____

Fecha de hoy: (Today's Date) _____ Número de Expediente: (Chart Number) _____

Uña(s) enterrada(s): ¿Infectada(s)? (Ingrown Toenail(s): Infected?) Sí (Yes) No

Si contesto que sí, ¿Está tomando antibióticos? Sí (Yes) No Si contesto que sí, fecha de comienzo: _____
 (If Yes, are you on an antibiotic?) (If Yes, Date Started)

¿Su dolor de pie se debe a una lesión? Sí (Yes) No Si contesto que sí, ¿Dónde estaba cuando se lesionó? Casa Trabajo
 (Is the foot pain due to an injury?) (If Yes, where did the injury occur?) (Home) (Work)

Circule su nivel de dolor (10 siendo el nivel de dolor más fuerte): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 (Circle your level of pain (10 being the highest level of pain))

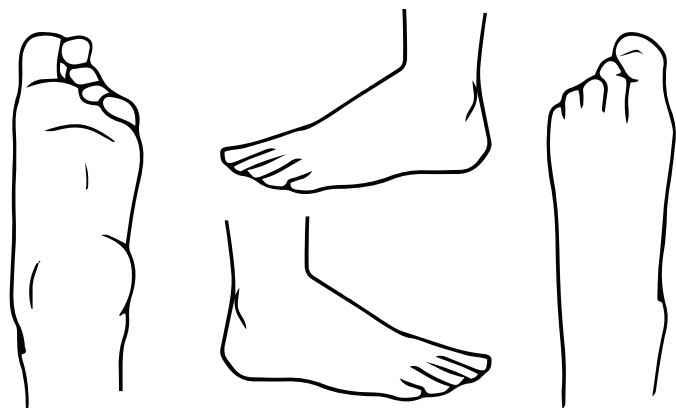
Describe la Clase de Dolor: (Describe Type of Pain)

Punzante (Aching Pain) Agudo (Sharp Pain) Ardiente (Burning Pain) Hormigueo (Tingling Pain) Entumecimiento (Numbness)

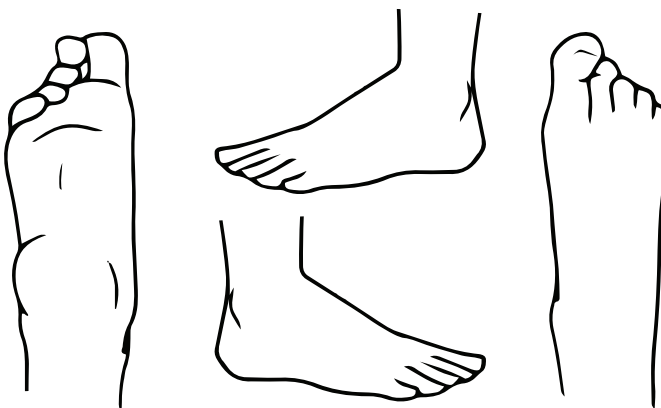
Otro (Other): _____

¿Dónde le duele? (Circule y describa el área dolorosa) (Where does it hurt? (Circle and describe the painful area))

Pie Izquierdo (Left Foot)



Pie Derecho (Right Foot)



¿Desde cuándo tiene este dolor o afección? _____
 (How long have you had pain or this condition?)

¿Usted ha recibido tratamiento o ha tenido cirugía por este dolor o esta afección? Sí (Yes) No
 (Have you been treated for or have you had surgery for this pain or condition?)

ALERTAS MÉDICAS (FAVOR DE ANOTAR TODOS LOS QUE APLIQUEN) (Medical Alerts)

- | | | | |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Aspirina (diaria)
<small>(Aspirin (Taken daily))</small> | <input type="checkbox"/> Plavix®/Clopidogrel | <input type="checkbox"/> Aggrenox®/Dipyridamole | <input type="checkbox"/> Naproxeno/Naprosyn® |
| <input type="checkbox"/> Aleve® | <input type="checkbox"/> Celebrex® | <input type="checkbox"/> Voltaren®/Diclofenac | <input type="checkbox"/> Inyección de Lovenox® Enoxaparin
<small>(Lovenox® Enoxaparin Injection)</small> |
| <input type="checkbox"/> Coumadin®/Warfarin | <input type="checkbox"/> Pradaxa®/Dabigatran | <input type="checkbox"/> Sulindac | <input type="checkbox"/> Aceite de Pescado/OMEGA 4/ Aceite de Krill
<small>(Fish Oil/OMEGA 4/Krill Oil)</small> |
| <input type="checkbox"/> Neurontin® | <input type="checkbox"/> Mobic®/Meloxicam | <input type="checkbox"/> Ibuprofeno/Motrin®/Advil® | <input type="checkbox"/> Indocin® |
| <input type="checkbox"/> Lodine® | <input type="checkbox"/> Vitamina E | <input type="checkbox"/> Cohosh Negro (Black Cohosh) | <input type="checkbox"/> Reemplazo de Hormonas
<small>(Hormone Replacement)</small> |

Método Anticonceptivo: (Birth Control) Píldoras (Pill) Parche (Patch) Inyección (Injection)

Historial de Uso de Tabaco: (History of Tobacco Use) Nunca (Never) Lo dejó (Quit) Fuma _____ paquetes de cigarrillos al día por _____ años
(Smokes _____ packs of cigarettes a day for _____ years)

Cigarros por día _____ (Cigars per day) Fuma Pipa (Pipe)

ANTECEDENTES MÉDICOS DEL PACIENTE Y FAMILIA (FAVOR DE ANOTAR TODOS LOS QUE APLIQUEN)

(Patient and Family Medical History)

	PACIENTE <small>(Self)</small>	PADRE <small>(Father)</small>	MADRE <small>(Mother)</small>	HERMANOS <small>(Siblings)</small>		PACIENTE <small>(Self)</small>	PADRE <small>(Father)</small>	MADRE <small>(Mother)</small>	HERMANOS <small>(Siblings)</small>
Coágulo de Sangre/Trombosis Venosa Profunda (Blood Clot/DVT)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Neuropatía (Neuropathy)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trastorno Sanguíneo (Blood Disorder)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor en el Talón (Heel Pain)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad Renal (Kidney Disease)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Juanetes (Bunions)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Úlceras (Ulcers)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor de Pie (Foot Pain)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Estafilococo aureo resistente a la meticilina (MRSA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fractura (Fracture)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	VIH/SIDA (HIV/AIDS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infección (Infection)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Soplo en el Corazón (Heart Murmur)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hongo en las uñas (Nail Fungus)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Derrame cerebral (Stroke)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cáncer (Cancer)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Convulsión (Seizure)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ataque del Corazón (Heart Attack)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Angina de Pecho (Angina)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Accidente Cerebrovascular (CVA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fibrilación Auricular (AFIB)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arritmia (Arrhythmia)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Várices (Varicose Veins)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prolapso de la Válvula Mitral (MVP)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (COPD)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Flebitis (Phlebitis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gota (Gout)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asma (Asthma)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Artritis (Arthritis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Distrofia Simpática Refleja (RSD)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Depresión (Depression)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Abuso de Drogas (Drug Abuse)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verrugas (Warts)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Abuso de Alcohol (Alcohol Abuse)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ansiedad (Anxiety)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Absceso/Celulitis (Abscess/Cellulitis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor en el Dedo del Pie (Toe Pain)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dedo en Martillo (Hammer Toes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uña Enterrada (Ingrown Toenail)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Infección de Estafilococo (STAPH)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tipo de Hepatitis: _____ <small>(Hepatitis Type)</small>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Insuficiencia Cardíaca (Congestive Heart Failure)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arteriopatía coronaria (Coronary Artery Disease)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad Arterial Periférica (Peripheral Artery Disease)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aneurisma (Aneurysm)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Epilepsia (Epilepsy)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad de Tiroides (Thyroid Disease)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pies/tobillos hinchados (Swollen Feet/Ankles)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

CONTINUED ON NEXT PAGE

ANTECEDENTES MÉDICOS DEL PACIENTE Y FAMILIA (FAVOR DE ANOTAR TODOS LOS QUE APLIQUEN)

(Patient and Family Medical History)

	PACIENTE (Self)	PADRE (Father)	MADRE (Mother)	HERMANOS (Siblings)		PACIENTE (Self)	PADRE (Father)	MADRE (Mother)	HERMANOS (Siblings)
Artritis Reumatoide (Rheumatoid Arthritis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Reflujo Ácido/Enfermedad de Reflujo Gastroesofágico (Acid Reflux/ GERD)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hipertensión (Presión arterial alta) (Hypertension (High Blood Pressure))	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hipotensión (Presión arterial Baja) Hypotension (Low Blood Pressure)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anote antecedentes de otras afecciones médicas aquí: (List history of other medical conditions here)

PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS (FAVOR DE ANOTAR TODOS LOS QUE APLIQUEN) (Surgical Procedures)

- | | | | |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Juanete (Bunion) | <input type="checkbox"/> Vesícula (Gall Bladder) | <input type="checkbox"/> Reemplazo de Cadera
(Hip Replacement) | <input type="checkbox"/> Melanoma |
| <input type="checkbox"/> Dedo de pie en martillo (Hammertoes) | <input type="checkbox"/> Amígdalas/Adenoides
(Tonsils/Adenoids) | <input type="checkbox"/> Reemplazo de Rodilla
(Knee Replacement) | <input type="checkbox"/> Extirpación de Quistes
(Cyst Removed) |
| <input type="checkbox"/> Neuroma de Morton
(Morton's Neuroma) | <input type="checkbox"/> Apéndice (Appendix) | <input type="checkbox"/> Cirugía de Espalda (Back Surgery) | <input type="checkbox"/> Extirpación de glándulas Linfáticas
(Lymph Glands Removed) |
| <input type="checkbox"/> Fascitis Plantar (Plantar Fasciitis) | <input type="checkbox"/> Histerectomía (Hysterectomy) | <input type="checkbox"/> Ojos/Cataratas (Eyes/Cataracts) | <input type="checkbox"/> Tendón de Aquiles
(Achilles Tendon) |
| <input type="checkbox"/> Estómago (Stomach) | <input type="checkbox"/> Cerebro (Brain) | <input type="checkbox"/> Reemplazo de Coyuntura en el Pie
(Joint Replacement in Foot) | |
| <input type="checkbox"/> Amputación: (Amputation) _____ | | <input type="checkbox"/> Otro cirugía de pie (Other Foot Surgery) _____ | |
| <input type="checkbox"/> Cáncer: (Cancer) _____ | | | |

Implantes: Marcapaso (Pacemaker) Desfibrilador/ Desfibrilador Cardioversor Implantable (DCI) (ICD/Defibrillator) Estent en el Corazón (Heart Stents) Pompa de insulina (Insulin Pump)

Tornillos, Alfileres, Varillas, Pincitas en: Pies/ Dedos del pie (Feet/Toes) Rodillas (Knees) Caderas (Hips) Columna Vertebral (Spine) Cuello (Neck)

Manos/Dedos de Mano (Hands/Fingers) Muñeca/Brazos (Wrist/Arms) Cerebro (Brain)

Otro Estent: (Other Stents) _____ Otro implante: (Other Implants) _____ Copia de tarjeta de Implante (Copy Implant Card)

ALERGIAS (FAVOR DE ANOTAR TODOS LOS QUE APLIQUEN) (Allergies)

- | | | | | | |
|---|--|--|---|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ninguna (None) | <input type="checkbox"/> Suturas (Sutures) | <input type="checkbox"/> Metales (Metals) | <input type="checkbox"/> Yodo en la piel (Iodine on Skin) | <input type="checkbox"/> Morfina (Morphine) | <input type="checkbox"/> Bactrim® |
| <input type="checkbox"/> Tintura de yodo (Iodine Dye) | <input type="checkbox"/> Cinta Adhesiva (Tape) | <input type="checkbox"/> Látex (Latex) | <input type="checkbox"/> Aspirina (Aspirin) | <input type="checkbox"/> Demero® | <input type="checkbox"/> Levaquin® |
| <input type="checkbox"/> Sulfa (Sulfa) | <input type="checkbox"/> Keflex® | <input type="checkbox"/> Amoxicilina (Amoxicillin) | <input type="checkbox"/> Cipro® | <input type="checkbox"/> Codeína (Codeine) | <input type="checkbox"/> Augmentin™ |

Anote otras aquí: (List others here) _____

RECETAS, INCLUYA DOSIS (COPIE DE LOS FRASCOS PARA PRECISIÓN) (Prescriptions including Dosages)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO (Medication Name)	DOSIS (Dosage)

CONTINUED ON NEXT PAGE

RECETAS, INCLUYA DOSIS (COPIE DE LOS FRASCOS PARA PRECISIÓN) (Prescriptions including Dosages)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO (Medication Name)

DOSIS (Dosage)

CPAP

Nebulizador (Nebulizer)

Oxígeno (Oxygen)

Bomba de insulina (Insulin Pump)

¿Recibe quimioterapia o recientemente la ha terminado? Sí (Yes) No
(Are you taking chemotherapy or have you recently completed chemotherapy?)

¿Está tomando un antibiótico? Sí (Yes) No **¿Cuándo empezó?:** _____
(Are you taking an antibiotic?) (When did you start)

VITAMINAS, HIERBAS Y SUPLEMENTOS (FAVOR DE ANOTAR TODOS LOS QUE APLIQUEN) (Vitamins, Herbs, and Supplements)

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Solamente Multivitaminas (Multi-Vitamin Only) | <input type="checkbox"/> Complejo de Vitamina B (Vitamin B Complex) | <input type="checkbox"/> Vitamina D + Complejo de Calcio (Vitamin D + Calcium Complex) |
| <input type="checkbox"/> Vitamina C (Vitamin C) _____ unidades (units) | <input type="checkbox"/> Biotina B6 (Biotin B6) _____ unidades (units) | <input type="checkbox"/> Magnesio (Magnesium) _____ unidades (units) |
| <input type="checkbox"/> Potasio (Potassium) _____ unidades (units) | <input type="checkbox"/> Calcio (Calcium) _____ unidades (units) | <input type="checkbox"/> Vitamina D (Vitamin D) _____ unidades (units) |
| <input type="checkbox"/> Vitamina E (Vitamin E) _____ unidades (units) | <input type="checkbox"/> Vitamina B12 (Vitamin B12) _____ unidades (units) | <input type="checkbox"/> Ácido Fólico-B9 (Folic Acid-B9) _____ unidades (units) |
| <input type="checkbox"/> Niacina B3 (Niacine B3) _____ unidades (units) | <input type="checkbox"/> Vitamina K (Vitamin K) _____ unidades (units) | <input type="checkbox"/> Glucosamina-Condroitina (Glucosamine-Chondroitin) |
| <input type="checkbox"/> 5-Hidroxitriptófano (5-HTP) | <input type="checkbox"/> Hierba de San Juan (St. John's Wort) | <input type="checkbox"/> Levadura de Arroz Rojo/Integral (Red/Brown Rice Yeast) |

Anote otros aquí: (List others here) _____