

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)

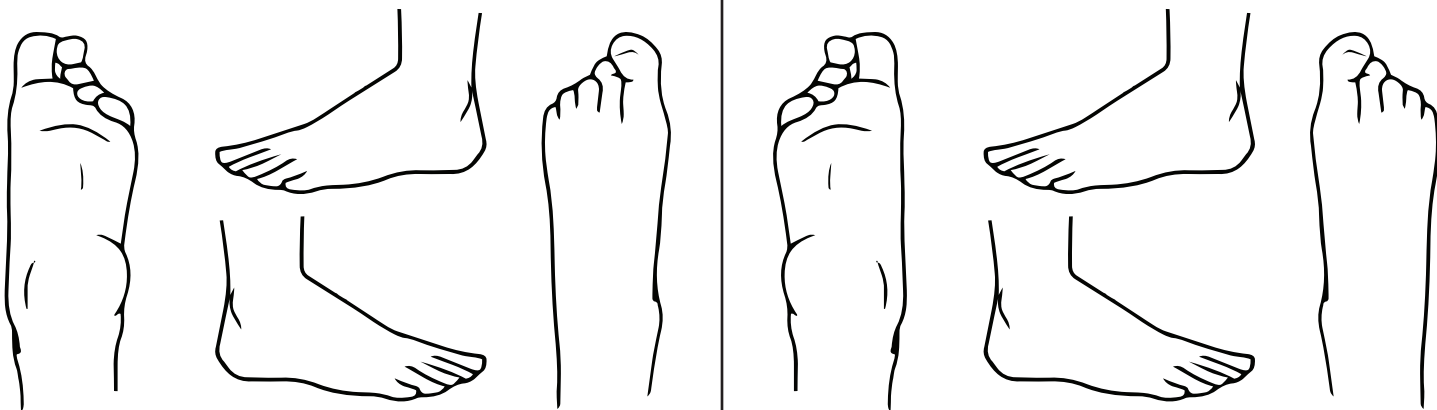
☐ Punzante (Aching Pain) ☐ Agudo (Sharp Pain) ☐ Ardiente (Burning Pain) ☐ Hormigueo (Tingling Pain) ☐ Entumecimiento (Numbness)

☐ 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)

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

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

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)	☐	☐	☐	☐		Reflujo Ácido/Enfermedad de Reflujo Gastroesofágico (Acid Reflux/ GERD)	☐	☐	☐
Hipertensión (Presión arterial alta) (Hypertension (High Blood Pressure))	☐	☐	☐	☐		Hipotensión (Presión arterial Baja) Hypotension (Low Blood Pressure)	☐	☐	☐

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)

☐ Juanete (Bunion)

☐ Dedo de pie en martillo (Hammertoes)

☐ Neuroma de Morton
(Morton's Neuroma)

☐ Fascitis Plantar (Plantar Fasciitis)

☐ Estómago (Stomach)

☐ Amputación: (Amputation)

☐ Cáncer: (Cancer)

☐ Vesícula (Gall Bladder)

☐ Amígdalas/Adenoides
(Tonsils/Adenoids)

☐ Apéndice (Appendix)

☐ Histerectomía (Hysterectomy)

☐ Cerebro (Brain)

☐ Reemplazo de Cadera
(Hip Replacement)

☐ Reemplazo de Rodilla
(Knee Replacement)

☐ Cirugía de Espalda (Back Surgery)

☐ Ojos/Cataratas (Eyes/Cataracts)

☐ Reemplazo de Coyuntura en el Pie
(Joint Replacement in Foot)

☐ Otro cirugía de pie (Other Foot Surgery)

☐ Melanoma

☐ Extirpación de Quistes
(Cyst Removed)

☐ Extirpación de glándulas Linfáticas
(Lymph Glands Removed)

☐ Tendón de Aquiles
(Achilles Tendon)

Implantes: ☐ Marcapaso
(Implants) (Pacemaker)

☐ Desfibrilador/ Desfibrilador Cardioversor Implantable (DCI)
(ICD/Defibrillator)

☐ Estent en el Corazón
(Heart Stents)

☐ Bomba de insulina
(Insulin Pump)

Tornillos, Alfileres, Varillas, Pincitas en: ☐ Pies/ Dedos del pie
(Screws, Pins, Rods, Clips in) (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)

☐ Ninguna (None)

☐ Tintura de yodo (Iodine Dye)

☐ Sulfa (Sulfa)

☐ Suturas (Sutures)

☐ Cinta Adhesiva (Tape)

☐ Keflex®

☐ Metales (Metals)

☐ Látex (Latex)

☐ Amoxicilina (Amoxicillin)

☐ Yodo en la piel (Iodine on Skin)

☐ Aspirina (Aspirin)

☐ Cipro®

☐ Morfina (Morphine)

☐ Demerol®

☐ Codeína (Codeine)

☐ Bactrim®

☐ Levaquin®

☐ Augmentin™

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO (Medication Name)	DOSIS (Dosage)

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

(Are you taking an antibiotic?)

¿Cuándo empezó?:

(When did you start)

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

☐ Solamente Multivitaminas (Multi-Vitamin Only)

☐ Vitamina C (Vitamin C) _____ unidades (units)

☐ Potasio (Potassium) _____ unidades (units)

☐ Vitamina E (Vitamin E) _____ unidades (units)

☐ Niacina B3 (Niacine B3) _____ unidades (units)

☐ 5-Hidroxitriptófano (5-HTP)

☐ Complejo de Vitamina B (Vitamin B Complex)

☐ Biotina B6 (Biotin B6) _____ unidades (units)

☐ Calcio (Calcium) _____ unidades (units)

☐ Vitamina B12 (Vitamin B12) _____ unidades (units)

☐ Vitamina K (Vitamin K) _____ unidades (units)

☐ Hierba de San Juan (St. John's Wort)

☐ Vitamina D + Complejo de Calcio (Vitamin D + Calcium Complex)

☐ Magnesio (Magnesium) _____ unidades (units)

☐ Vitamina D (Vitamin D) _____ unidades (units)

☐ Ácido Fólico-B9 (Folic Acid-B9) _____ unidades (units)

☐ Glucosamina-Condroitina (Glucosamine-Chondroitin)

☐ Levadura de Arroz Rojo/Integral (Red/Brown Rice Yeast)

Anote otros aquí: (List others here)