HISTORIA INICIAL DEL PACIENTE

ALGUNA VEZ HAS TENIDO O HA SIDO TRATADO POR: ❑ Nunca he tenido ningún problemas en los pies o tobillos

- ❑ Callos
- ❑ Mezquinos
- ❑ Pie de Atleta
- ❑ Hongos en las Uñas
- ❑ Una Enterrada
- ❑ Dolor de Talón
- ❑ Dolor en el Arco del Pie
- ❑ Pie Plano
- ❑ Arco Elevado
- ❑ Plantillas Personalizados
- ❑ Problemas para Caminar
- ❑ Caminar Hacia Adentro
- ❑ Caminar Hacia Fuera
- ❑ Camina de Punta
- ❑ Problemas de la Infancia del Pie
- ❑ Juanetes
- ❑ Dedos Deformados
- ❑ Neuroma
- ❑ Ciática
- ❑ Amputación
- ❑ Pies Entumecidos
- ❑ Dolor de Espalda
- ❑ Ulcera de Pies o Tobillos
- ❑ Huesos Rotos en el Pie o el Tobillo
- ❑ Torceduras del Tobillo
- ❑ Dolor en la Rodilla
- ❑ Calambres en los Pies/Tobillo
- ❑ Varices
- ❑ Gota

TIENE USTED O HA SIDO TRATADO POR:

- ❑ Anemia
- ❑ Artritis
- ❑ Asma
- ❑ Trastorno de Ansiedad
- ❑ Problemas de Hemorragias
- ❑ Ceguera
- ❑ Trombosis (Coagulo de Sangre)
- ❑ Cáncer
- ❑ Claustrofobia
- ❑ Crecimiento de Quistes
- ❑ Diabetes
- ❑ Diálisis
- ❑ Depresión
- ❑ Epilepsia (Ataques)
- ❑ Fibromialgia
- ❑ Rubeola (Sarampión Alemán)
- ❑ Glaucoma
- ❑ Tiene un Marcapasos
- ❑ Ataque del Corazón
- ❑ Enfermedad de Corazón
- ❑ Soplo en el Corazón
- ❑ Alta Presión
- ❑ Alto Colesterol
- ❑ El VIH o el Sida
- ❑ Queloide/Cicatriz Gruesa
- ❑ Enfermedad de los Riñones/Piedras
- ❑ Hepatitis/Enfermedad del Hígado
- ❑ Enfermedad Pulmonar
- ❑ La Enfermedad de Lyme's
- ❑ Mononucleosis
- ❑ Trastorno de los Nervios
- ❑ Osteoporosis
- ❑ Mala Circulación
- ❑ Polio
- ❑ Psoriasis
- ❑ Trastorno Psiquiátrico
- ❑ Fiebre Reumática
- ❑ Anemia Falciforme
- ❑ Problemas de la Piel
- ❑ Problemas de Estomago/Ulcera
- ❑ Derrame Cerebral
- ❑ Hinchazón
- ❑ Problemas de la Tiroides
- ❑ Tuberculosis
- ❑ Enfermedades Venéreas
- ❑ Otras Enfermedades Significantes: _____
- ❑ Ha tenido alguna cirugía? _____
- ❑ Trasplante de Órgano
- ❑ Injertos Vasculares
- ❑ Implante Articular
- ❑ Reemplazo de las Válvulas Cardiacas
- ❑ Quimioterapia

ES ALÉRGICO A: ❑ Sin Alergias Conocidas

	Lista de la Reacción		Lista de la Reacción		Lista de la Reacción
❑ Penicilina		❑ Sulfamida		❑ Algún Tipo de Comida	
❑ Tetraciclina		❑ Tylenol		❑ Cualquier Metal	
❑ Aspirina		❑ Iodina		❑ Anestesia Local	
❑ Codeína		❑ Látex		❑ Otra Alergias	

HISTORIA FAMILIAR: *¿Han tenido sus abuelos, padres o hermanos cualquiera de los siguientes padecimientos?:*

	Miembro de la Familia		Miembro de la Familia		Miembro de la Familia
❑ Cáncer		❑ Alta Presión		❑ Colesterol Alto	
❑ Diabetes		❑ Anemia		❑ Artritis	
❑ Ataque al Corazón		❑ Derrame Cerebral			

HISTORIA SOCIAL:

❑ Fuma/Consumo de Tabaco	Circule Uno	Nunca	A Veces		Diario	Dejar	
❑ Bebe Alcohol	Circule Uno	Nunca	A Veces	Darío	Excesivo	Dejar	Tamaño de Zapato _____
❑ Drogas ilegales	Circule Uno	Nunca	A Veces	Darío	Excesivo	Dejar	
❑ % del día que esta de pie	Circule Uno	<25%	25%	50%	75%	>75%	Que tipo de Zapatos _____

¿TOMA ALGUN MEDICAMENTO?: _____

¿Esta embarazada? NO ❑ SI ❑ *¿Amamanta a su bebe?* NO ❑ SI ❑

Firma de Paciente: _____ Fecha: _____

Reviewed by: _____ Date: _____