



Nombre (Apellido, Nombre, ): \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Sexo(circule uno:) M F Seguro Social#: \_\_\_\_\_

*La siguiente informacion es ahora requerida por el software de registros médicos electrónicos y de ninguna manera será utilizado de manera discriminatoria.*

Correo electronico: \_\_\_\_\_  
Tel Trabajo#: \_\_\_\_\_ Cell#: \_\_\_\_\_  
Tel Casa# \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_  
Apt#: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_  
Contacto de emergencia: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_

Nombre Seguro Primario : \_\_\_\_\_  
Nombre Seguro Secundario \_\_\_\_\_  
Lesion de trabajo?:  Yes  No

Farmacia \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_  
Farmacia \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_  
Direccion de Farmacia: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Etnia:  
 Non-Hispano  
 Hispano

Lenguaje Preferido:  
 Inglés  
 Español  
 Otro: \_\_\_\_\_

Raza:  
 African  
 Asiatico  
 Caucasico  
 Nativo Americano  
 Otro

Doctor Primario:  
\_\_\_\_\_  
Ultima vez que lo vio:  
\_\_\_\_\_  
Referido por:  
\_\_\_\_\_

CIRUGIAS: \_\_\_\_\_ HOSPITALIZACIONES: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
LESIONES/ TRAUMA: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
HISTORIA FAMILIAR:  Diabetes  Presion alta  Enfermedad del Corazon  Cancer  
 Otra: \_\_\_\_\_  
FIRMA DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_



Nombre (Apellido, Nombres,.): \_\_\_\_\_

Razón de la visita: \_\_\_\_\_

Hace cuanto tiene este problema? \_\_\_\_\_ Ha visto a un podiatra antes?  Yes  No

Estatura: _____	Peso: _____	Talla del Zapato: _____	Esta embarazada?: _____
Estado civil: <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Separado/a <input type="checkbox"/> Viudo/a			
Con quien vive: <input type="checkbox"/> Solo? <input type="checkbox"/> Con familia/amigos? <input type="checkbox"/> En asilo /Centro de Rehabilitacion?			
Consumo usted <input type="checkbox"/> Alcohol <input type="checkbox"/> Tabaco <input type="checkbox"/> Drogas ilicitas Ocupación: _____			

Fuma usted actualmente?: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Paquetes al dia?: _____	Años?: _____
Si no, Alguna vez ha fumado? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Cuando lo dejo: _____	

<b>CONDICIONES MÉDICAS ANTERIORES:</b>	
<input type="checkbox"/> No Problemas medicos conocidos	
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Cancer
<input type="checkbox"/> Presion alta	<input type="checkbox"/> Asthma
<input type="checkbox"/> Mala circulacion	<input type="checkbox"/> Tiroides
<input type="checkbox"/> Problemas del corazon	<input type="checkbox"/> Coágulos
<input type="checkbox"/> Problemas de riñon	<input type="checkbox"/> Anemia
<input type="checkbox"/> Problemas del higado	<input type="checkbox"/> Diálisis
<input type="checkbox"/> Gota	<input type="checkbox"/> VIH/SIDA
<input type="checkbox"/> Infarto	<input type="checkbox"/> Hepatitis
<input type="checkbox"/> Derrame	<input type="checkbox"/> Otras: _____
<input type="checkbox"/> Ulceras estomacales	

<b>MEDICAMENTOS:</b>	<b>Dosis / frecuencia?</b>
<input type="checkbox"/> No tomo medicamentos	
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

<b>ALERGIAS A MEDICAMENTOS:</b>			
<input type="checkbox"/> Alergias no conocidas			
<input type="checkbox"/> Yodo	<input type="checkbox"/> Penicilina	<input type="checkbox"/> Aspirina	<input type="checkbox"/> Anestesia/ Novocaina
<input type="checkbox"/> Codeina	<input type="checkbox"/> Sulfa	<input type="checkbox"/> Cortisona	<input type="checkbox"/> Adhesivo/ cinta sobre la piel
<input type="checkbox"/> OTRAS: _____			
Explica en detalle qué sucede cuando está expuesto a lo anterior:			
_____			
Fecha en que ocurrió esto por primera vez: _____			
<b>FIRMA DEL PACIENTE:</b> _____		<b>Fecha:</b> _____	