

UNIVERSITY FOOT AND ANKLE SPECIALISTS, INC.

Tel: (619) 269-4747 • Fax: (619) 521-2025

HISTORIA MEDICA DEL PACIENTE (POR FAVOR COMPLETE ESTE FORMULARIO)

NOMBRE DEL PACIENTE _____ FECHA _____

PREOCCUPACION: _____ Doctor Primario & Telefono # _____

CIRCULE CADA RESPUESTA

1. Tiene dolor? Donde? _____ SI NO
2. Tipo de DOLOR: CIRCULE Agudo Embotado Doliente Ardor Radiante Electrico Punzadas Zumbido Entumido
3. Escala del Dolor: CIRCULE 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
4. Duracion del Dolor: CIRCULE segundos minutos horas dias constante
5. Como empezo el problema de su pie/tobillo? _____
6. Que ocasiona problema empiore o mejore? _____
7. Se hinchan sus tobillos durante el dia? _____ SI NO
8. A perdido o Aumentado mas de 10 lbs en el ultimo ano? _____ SI NO
9. Alergias a Medicamento? _____ SI NO
10. Medicamentos y Dosis: _____

11. CIRCULE cualquiera que tenga o a tenido en el pasado ano:

Insuficiencia Cardiaca Congestiva	Pre-Diabetes (no meds)	Hipotiroidismo	
Infarto de miocardio	Diabetes Tipo I (infantil)	Enfisema	Hemofilia/Sangrado
Angina de Pecho	Diabetes Typo 2(adulto)	COPD	Anemia
Colesterol	Ulcera Gastrica	Tuberculosis	Celulas Falciformes
Enfermedad del Corazon	Ulcera en el pie	Astma	Ectiricia
Soplo Cardiaco	Glaucoma	Cancer/Tumor	Epilepsia/Convulsiones
Alta Presion	Problemas con el Rinon	Quimoterapia	Desmayos/Mareos
Valvula De Corazon	Enfermedad del higado	Terapia de Radiacion	Nerviosismo
Prolapso de Valvula Mitral	Artritis	Fiebre de Heno	Addicion a Drogas
Marcapasos	Reumatismo	Alergias/Urtucaria	Tratamiento Psiquiatrico
Ataque Fuminante	Esteroides/Cortizona	Hepatitis B o C (Suero)	
Trombosis Profunda	Cadera/rodilla artificial	Enfermedades Venereas	
		SIDA HIV	

12. Otras condiciones no elistadas _____

13. Sirugias previas (& fechas): _____

14. Hospitalizaciones Anteriores o Cuidados de Emergencia (& fechas) _____

15. Toma alcohol? Cantidad & Anos? _____ SI NO

16. Fuma? Cantidad & Anos ? _____ SI NO

17. Familia (padre/madre/hermano/a) fallecio? De _____ SI NO

18. Altura _____ Peso _____ # de Zapato _____

----- **SOLO PARA MUJERES** -----

19. Toma Anticonceptivos? _____ SI NO

20. Esta Usted Embarazada? _____ SI NO

21. Esta Amamantando? _____ SI NO

He contestado a la informacion necesaria para proporcionarme con la mayor atencion medica en un lugar seguro y eficiente. He respondido todas las preguntas con sinceridad y con el mayor conocimiento:

Firma _____ Fecha _____