

Historial Medico

Fecha: ____/____/____ Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Es Diabetico? Si No Si lo es, toma Insulina? Si No

Por favor describa el problema que lo trajo a nuestra oficina hoy y que causo su problema si es que lo sabe: _____

Mi mayor problema es: en el pie izquierdo en el pie derecho en ambos pies Otro: _____

Hace cuanto tiempo tiene el problema? _____ dias _____ semanas _____ meses _____ años

En la escala del 1 al 10 (10 es el peor) Cuanto dolor tiene: _____

Mi dolor es : Punzante Arde, quema Comezon Otro (describa): _____
 Latente Persistente Hormigueo _____
 Agudo Penetrante Se duerme _____

Cuando se pone peor su problema?: _____

Describe si usted ha seguido algun tratamiento: _____

Usted ha sido tratado por alguien por este problema? Si No, Por quien?: _____

Cuando lo hizo? _____

Fue un accidente? Si No, Si lo es denos la fecha del accidente: ____/____/____

Es un accidente relacionado con el trabajo? Si No

Usted tiene o ha sido tratado por:

- Higado Problemas del corazon Presion Alta
 - Flebitis Problemas Vasculares Sangrado
 - Diabetes Circulation Pobre Dolores de Cabeza
 - Hepatitis Ataque al corazon Anemia
 - Gota Artritis Osteoporosis
 - Siatica Fiebre Reumatica Lyme's Disease
 - Alzaimers Cicatriz Gruesa Problemas de Oido
 - Epilepsia Desorden Nervioso Problemas Siquiatricos
 - Glaucoma Rinones Tiroides
 - Asma Pulmones Tuberculosis
 - Cancer Ulcera Estomacal
- Otro (s): _____

Usted tiene algun tipo de injerto, implante artificial, valvula para el corazon, otro?: _____

Si ha tenido Cirugias por favor haga una lista: _____

Alergias: esta en su historial alguna reaccion de la piel u otra reaccion o enfermedad al administrarle alguna inyeccion, oral o topica de:

	Si	No		Si	No
Penicilina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Codeina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NSAID's	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sulfa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Morfina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Adhesivos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Demerol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Camarones, Iodo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Otro _____

Miembros de su familia que hayan tenido:

- Diabetes _____
- Artritis _____
- Presion Alta _____
- Cancer _____
- Ataque al corazon _____
- Problemas del corazon _____
- Problemas de los pies _____
- Defectos de Nacimiento _____

Actualmente Fuma? Si No # de pqts/dia ____ x ____ años

Ha fumado? Si No # de pqts/dia ____ x ____ años

Si ya no fuma cuando lo dejo? _____

Bebidas alcoholicas? Que tipo y cuanto?: _____

de hijos _____ Actualmente esta embarazada? _____

Por favor haga una lista de los medicamentos que toma:

Si tiene informacion adicional relacionada con su salud por favor digala: _____

Peso: _____ Altura: _____ Medida de Pie: _____

FIRMA _____

FECHA ____/____/____