

**Patient Information/Información del Paciente**

Patient's Name/Nombre: \_\_\_\_\_  
First/Primero M.I. Last/Apellido

Date of Birth/Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Social Security #/ Seguro Social: \_\_\_\_\_

Home Ph/Tel de Casa.: \_\_\_\_\_ Cell Ph./Tel Celular: \_\_\_\_\_

Address/Dirección: \_\_\_\_\_

Work Ph/Tel de Trabajo: \_\_\_\_\_ Email/correo electrónico: \_\_\_\_\_

Responsible Party if a Minor & Relationship/Persona responsable del menor y Relación: \_\_\_\_\_

**Primary Care Doctor/Doctor Principal :** \_\_\_\_\_ **Address/Dirección** \_\_\_\_\_

**City & State/Ciudad y estado:** \_\_\_\_\_ **Zip/ Código Postal:** \_\_\_\_\_

**Employer/Empleador (School/Escuela):** \_\_\_\_\_

**Phone/Tel:** \_\_\_\_\_ **Employer Address/dirección del empleador:** \_\_\_\_\_

**Insurance Plan/Seguro de Salud:** \_\_\_\_\_

**Subscribers Name/Nombre del Subscriber:** \_\_\_\_\_

**Policy or I.D. Number/número de Póliza:** \_\_\_\_\_

Date of Birth/Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Social Security #/Seguro Social: \_\_\_\_\_

**Name & Address of Pharmacy/Nombre y dirección de su farmacia** \_\_\_\_\_

Do you have a Durable Power of Attorney or Living Will?/Tiene un testamento en vida o poder legal médico?

Yes/Si  No If Yes, name of Power of Attorney/Nombe: \_\_\_\_\_

**Emergency Contact Name/Contacto de emergencia:** \_\_\_\_\_

**Phone/Tel:** \_\_\_\_\_ **Relationship/Relacion:** \_\_\_\_\_

**⇒ \*EXPLAIN YOUR CHIEF COMPLAINT?**

**⇒ \*¿CUAL ES SU QUEJA PRINCIPAL?**

	LEFT/IZQUIERDO	RIGHT/DERECHO
_____	LEG/PIERNA <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	ANKLE/TOBILLO <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	FOOT/PIE <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Is this foot problem a result of a **work injury** or **accident**?/Este problema de los pies es resultado de un accidente en el trabajo?  No  Yes, please explain/ Si, por favor explique : \_\_\_\_\_

Allergies to Medications w/Reaction/Other Allergies:  
Alergias a Medicamentos/Otras alergias:

List all medications you now take:  
Medicamentos que está tomando:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## MEDICAL HISTORY/HISTORIA MEDICA

NAME/NOMBRE: \_\_\_\_\_ AGE/EDAD: \_\_\_\_ HT: \_\_\_\_ WT: \_\_\_\_ DATE/FECHA: \_\_\_\_\_

List all **medications** you have taken in the past year/**Medicamentos** que a tomado en el último año : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Major **medical illnesses** you have had in the last **5 years**/**Enfermedades** que ha tenido en los últimos 5 años: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Operations** you have had in the past 5 years/**Cirugías** que ha tenido en los últimos 5 años: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Date of last appointment with Primary Doctor/ Fecha de la ultima cita con su Doctor Principal:** \_\_\_\_\_

### **Do you or have you ever had? ; Tiene o ha tenido? (Please Circle/Por favor circule):**

Anemia  
Arthritis/artritis  
Bleeding disorder/ trastorno hemorrágico  
Cancer/Cáncer  
Gout/Gota  
Heart Disease or Heart Attack/ Enfermedad  
Cardíaca/Ataque al Corazón  
Diabetes      **Last/Nivel Alc:** \_\_\_\_\_  
Hepatitis  
High Blood Pressure/ Presión Alta  
Phlebitis/Blood Clots/La Flebitis/coágulos de sangre  
Nerve Disorder/Trastornos de los nervios  
Prolonged Healing? Prone to infections?/¿Curación  
prolongada?/¿Propenso a las infecciones?  
Do you have chest pain?/¿Tiene dolor de pecho?  
Cramping or pain after walking?/¿Calambres o dolor  
después de caminar?  
Low back pain?/¿Dolor lumbar?  
Joint pain or swelling?/¿Dolor o inflamación en las  
articulaciones?  
Swelling in the feet or legs?/¿Inflamación de pies o  
piernas?  
Tingling, burning, or numbness in feet?/¿Hormigueo, ardor  
o entumecimiento en los pies?  
Do you/have you ever smoked?How long ago? Packs per  
day?/¿Fuma o ha fumado alguna vez?      ¿Cuánto tiempo  
hace? ¿Paquetes por  
día? \_\_\_\_\_

Anesthesia Reaction/ reacción a la anestesia  
Asthma/Asma  
Do you take aspirin or a blood thinner?/¿Tomas aspirina o un  
anticoagulante?  
Circulation Problems/problemas de circulación  
Stroke/ Derrame cerebral  
Kidney Disease/ enfermedad del riñón  
Stomach/Intestinal Problems/Problemas de estómago /  
intestinales  
HIV/AIDS/ VIH/SIDA  
Liver Disease/ enfermedad del hígado  
Skin Problems/Rashes/Problemas de la piel  
Lung/Pulmonary Disease/ Enfermedad de los pulmones  
Breathing Problems/Short of breath/Problemas respiratorios  
/dificultad para respirar  
Cramping or pain at night?/¿Calambres o dolor por la noche?  
Are your feet especially cold?/¿Tiene los pies especialmente  
fríos?  
Pain in feet or legs?/¿Dolor en pies o piernas?  
General muscle aches?/¿Dolores musculares generales?  
Problems keeping your balance?/¿Problemas para mantener el  
equilibrio?  
Epilepsy, seizures or fainting?/¿Epilepsia, convulsiones o  
desmayos?  
History of amputation?/Historial de amputación?  
\_\_\_\_\_  
Drink alcohol? How much/How often?/¿Bebes alcohol? ¿Cuánto  
/ con qué frecuencia? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Signature/Firma del paciente:** \_\_\_\_\_

**Date/Fecha:** \_\_\_\_\_