

WELCOME

PATIENT INFORMATION (INFORMACIÓN DE PACIENTE)

Date(Fecha) _____

SS/HIC/Patient ID(Identificación de Paciente) # _____

Patient Name(Nombre del Paciente) _____
Last Name(Apellido) _____

First Name (Primer Nombre) _____ Middle Initial (Inicial de Segundo Nombre) _____

Address(Dirección) _____
City(Ciudad) _____
State(Estado) _____ Zip(Código Postal) _____

Email (Dirección de Correo Electrónico) _____

Sex(Sexo) ☐ M ☐ F Age(Edad) _____ DOB(Fecha de Nacimiento) ____/____/____
MM/DD/YYYY

☐ Married(Casado) ☐ Widowed(Viuda) ☐ Single(Soltero) ☐ Minor(Menor)

☐ Separated(Separado) ☐ Divorced(Divorciado) ☐ Partnered for(Compañero por) ____ years (años)

Patient Employer/School(Compañía/Escuela) _____

Employer/School Address (Dirección de Compañía/Escuela) _____

Employer/School Phone (Número de Teléfono de Compañía/Escuela) (____) _____

Spouse's Name (Nombre de Esposa) _____

Spouse's DOB(Fecha de Nacimiento de Esposa) ____/____/____ SS# _____
MM/DD/YYYY

Spouse's Employer(Compañía de Esposa) _____

Referrer(Recomendante) _____

PHONE NUMBERS (NÚMEROS DE TELÉFONO)

Home Phone (Teléfono de Casa) (____) _____

Cell Phone (Teléfono de Móvil) (____) _____

Best time and place to reach you? (El mejor tiempo y teléfono para contactarte?) _____

In case of emergency, contact

Name (Nombre) _____

Relationship (Relación) _____

Home Phone (Teléfono de Casa) (____) _____

Cell Phone (Teléfono de Móvil) (____) _____

PODIATRIC HISTORY (HISTORIA PODOLÓGICA)

What is the chief complaint for which you came to be treated? (Include foot, ankle, knee, thigh, and hip complaints.)
¿Cuál es la queja principal para que ha venido para tratamiento? (Incluye quejas del pie, tobillo, rodilla, muslo, y cadera.)

Have you ever been to a podiatrist before?
(¿Ha ido un podólogo antes?)
☐ Yes ☐ No

If yes, please list. (Si verdad, enumere por favor.)
Name (Nombre) _____
Last Visit(Última Visita) _____

Is there any personal or family history of diabetes?
(¿Hay una historia personal o de su familia de diabetes?)
☐ Yes ☐ No

Your occupation (Occupación) _____
Do you use tobacco? (¿Usa tabaco?) ☐ Yes ☐ No
Years smoked (Años ha fumado) _____

List and indicate frequency of athletic activities.
(Enumere e indique frecuencia de actividades atléticas.)

Please indicate which foot problems you now have or have had in the past.
(Por favor indique cuales problemas del pie ahora tiene o ha tenido en el pasado.)

Ankle Pain (Dolor de tobillo)	☐ Yes ☐ No
Athlete's Foot (Pie de atleta)	☐ Yes ☐ No
Bunions (Juanetes)	☐ Yes ☐ No
Corns/Calluses (Callos Callosidades)	☐ Yes ☐ No
Numbness (Entumecimiento)	☐ Yes ☐ No
Flat Feet (Pies planos)	☐ Yes ☐ No
Cramps (Calambres)	☐ Yes ☐ No
Heel Pain (Dolor en el talón)	☐ Yes ☐ No
Ingrown Toenails (Uñas encarnadas)	☐ Yes ☐ No
Plantar Warts (Verrugas Plantares)	☐ Yes ☐ No
Swelling in Ankles/Feet (Hinchazón)	☐ Yes ☐ No
Tired Feet (Pies Cansados)	☐ Yes ☐ No