



Nombre del Paciente: _____

Historia de Podología

<p>¿Cuál es la queja principal por la cual quiere tratamiento? (Incluya quejas de los pies, dedos, tobillos, rodillas, y cadera.)</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>Por favor, señale si usted sufre ahora o si usted ha tenido cualquiera de estos problemas marcando una "X".</p> <p>___ Dolor en el tobillo</p> <p>___ Pie de atleta</p> <p>___ Juanetes</p> <p>___ Callos y callosidades</p> <p>___ Calambres en los pies o las piernas</p> <p>___ Pies planos</p> <p>___ Dolor en el talón</p> <p>___ Uñas encarnadas</p> <p>___ Lesiones del pie</p> <p>___ Ojos de pescado/Verrugas plantares</p> <p>___ Hinchazón en los tobillos o los pies</p> <p>___ Pies cansados</p>	<p>¿De que número calzas? _____</p> <p>Liste todas actividades atléticas en las que participa usted (por favor, especifique la frecuencia):</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Liste sus cirugías, lesiones graves, y enfermedades graves:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
---	---	--

Alergias y Medicamentos

<p>Alergias y Intolerancia a las Drogas</p> <p><input type="checkbox"/> No alergias conocidas a medicamentos</p> <p><input type="checkbox"/> Adhesivo/Cinta adhesiva</p> <p><input type="checkbox"/> Aspirina</p> <p><input type="checkbox"/> Codeína</p> <p><input type="checkbox"/> Yodo</p> <p><input type="checkbox"/> Látex</p> <p><input type="checkbox"/> Anestésicos locales (p.ej., Novocaína)</p> <p><input type="checkbox"/> Penicilina</p> <p><input type="checkbox"/> Mariscos</p> <p><input type="checkbox"/> Sulfa (sulfonamidas)</p> <p><input type="checkbox"/> _____</p>	<p>Medicamentos que usted está tomando (con receta, sin receta, suplementos a base de hierbas, vitaminas, etc.):</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
---	--

Por favor vaya a la página siguiente...



Historia Clínica General

<p>Su oficio _____</p> <p>Su altura _____</p> <p>Su peso _____</p> <p>¿Fuma usted? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>¿Ha fumado alguna vez? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Cuánto? _____ paquetes / _____ Años que fumo _____</p> <p>¿Bebe usted alcohol? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Cuánto? _____</p> <p>Toma usted drogas por diversión? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Cuál? _____</p> <p>¿Embarazada o posiblemente embarazada? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>	<p>Por favor, señale si usted o un miembro de su familia tiene o ha tenido lo siguiente marcando una "X".</p> <table border="0"> <thead> <tr> <th style="text-align: left;">Usted</th> <th style="text-align: left;">Miembro de la Familia</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Adicción a sustancias químicas</td><td>_____</td></tr> <tr><td>Anemia</td><td>_____</td></tr> <tr><td>Ardor de estómago crónico</td><td>_____</td></tr> <tr><td>Articulaciones artificiales</td><td>_____</td></tr> <tr><td>Artritis Tipo: _____</td><td>_____</td></tr> <tr><td>Asma</td><td>_____</td></tr> <tr><td>Cáncer</td><td>_____</td></tr> <tr><td>Derrame cerebral</td><td>_____</td></tr> <tr><td>Diabetes</td><td>_____</td></tr> <tr><td>Dolor de la espalda</td><td>_____</td></tr> <tr><td>Dolor en el pecho</td><td>_____</td></tr> <tr><td>Enfermedad del corazón</td><td>_____</td></tr> <tr><td>Enfermedad del hígado</td><td>_____</td></tr> <tr><td>Enfermedad de los pulmones</td><td>_____</td></tr> <tr><td>Enfermedad mental</td><td>_____</td></tr> <tr><td>Enfermedad venérea</td><td>_____</td></tr> </tbody> </table>	Usted	Miembro de la Familia	Adicción a sustancias químicas	_____	Anemia	_____	Ardor de estómago crónico	_____	Articulaciones artificiales	_____	Artritis Tipo: _____	_____	Asma	_____	Cáncer	_____	Derrame cerebral	_____	Diabetes	_____	Dolor de la espalda	_____	Dolor en el pecho	_____	Enfermedad del corazón	_____	Enfermedad del hígado	_____	Enfermedad de los pulmones	_____	Enfermedad mental	_____	Enfermedad venérea	_____	<p>Por favor, señale si usted o un miembro de su familia tiene o ha tenido lo siguiente marcando una "X".</p> <table border="0"> <thead> <tr> <th style="text-align: left;">Usted</th> <th style="text-align: left;">Miembro de la Familia</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Epilepsia</td><td>_____</td></tr> <tr><td>Fibromialgia</td><td>_____</td></tr> <tr><td>Fiebre reumática</td><td>_____</td></tr> <tr><td>Flebitis</td><td>_____</td></tr> <tr><td>Gota</td><td>_____</td></tr> <tr><td>Hemofilia</td><td>_____</td></tr> <tr><td>Hepatitis</td><td>_____</td></tr> <tr><td>Presión arterial alta</td><td>_____</td></tr> <tr><td>Problemas de los riñones</td><td>_____</td></tr> <tr><td>Problema de tiroides</td><td>_____</td></tr> <tr><td>Problemas circulatorios</td><td>_____</td></tr> <tr><td>Sangrado fácilmente</td><td>_____</td></tr> <tr><td>Soriasis</td><td>_____</td></tr> <tr><td>Trombosis venosa profunda (TVP)</td><td>_____</td></tr> <tr><td>Tuberculosis</td><td>_____</td></tr> <tr><td>Úlceras estomacales</td><td>_____</td></tr> <tr><td>Válvulas cardíacas artificiales</td><td>_____</td></tr> <tr><td>Varices varicosas</td><td>_____</td></tr> <tr><td>VIH/SIDA</td><td>_____</td></tr> </tbody> </table>	Usted	Miembro de la Familia	Epilepsia	_____	Fibromialgia	_____	Fiebre reumática	_____	Flebitis	_____	Gota	_____	Hemofilia	_____	Hepatitis	_____	Presión arterial alta	_____	Problemas de los riñones	_____	Problema de tiroides	_____	Problemas circulatorios	_____	Sangrado fácilmente	_____	Soriasis	_____	Trombosis venosa profunda (TVP)	_____	Tuberculosis	_____	Úlceras estomacales	_____	Válvulas cardíacas artificiales	_____	Varices varicosas	_____	VIH/SIDA	_____
Usted	Miembro de la Familia																																																																											
Adicción a sustancias químicas	_____																																																																											
Anemia	_____																																																																											
Ardor de estómago crónico	_____																																																																											
Articulaciones artificiales	_____																																																																											
Artritis Tipo: _____	_____																																																																											
Asma	_____																																																																											
Cáncer	_____																																																																											
Derrame cerebral	_____																																																																											
Diabetes	_____																																																																											
Dolor de la espalda	_____																																																																											
Dolor en el pecho	_____																																																																											
Enfermedad del corazón	_____																																																																											
Enfermedad del hígado	_____																																																																											
Enfermedad de los pulmones	_____																																																																											
Enfermedad mental	_____																																																																											
Enfermedad venérea	_____																																																																											
Usted	Miembro de la Familia																																																																											
Epilepsia	_____																																																																											
Fibromialgia	_____																																																																											
Fiebre reumática	_____																																																																											
Flebitis	_____																																																																											
Gota	_____																																																																											
Hemofilia	_____																																																																											
Hepatitis	_____																																																																											
Presión arterial alta	_____																																																																											
Problemas de los riñones	_____																																																																											
Problema de tiroides	_____																																																																											
Problemas circulatorios	_____																																																																											
Sangrado fácilmente	_____																																																																											
Soriasis	_____																																																																											
Trombosis venosa profunda (TVP)	_____																																																																											
Tuberculosis	_____																																																																											
Úlceras estomacales	_____																																																																											
Válvulas cardíacas artificiales	_____																																																																											
Varices varicosas	_____																																																																											
VIH/SIDA	_____																																																																											

Yo certifico que la información anterior es correcta a lo mejor de mi conocimiento. Doy mi permiso a los médicos tratantes para administrar y llevar a cabo las acciones que se consideren necesarias para mi diagnóstico y tratamiento.

Fecha

Firma del Responsable

Relación, si no es el Paciente

Nombre Impreso del Responsable