



PERFECT FEET CARE

PODIATRY CENTERS

Foot, Ankle & Wound Care Specialist

REGISTRO DEL NUEVO PACIENTE

Use este formulario durante la visita de un nuevo paciente para recopilar información personal e historial médico.

Nombre completo: _____ Edad: _____

Altura: _____ Peso: _____ Talla de zapato: _____

Signos vitales: PA _____ Pulso _____ Resp. _____ Temp. _____

MD: _____

¿Cómo supo de nosotros? Familia Amigo Paciente Periódico Páginas amarillas
 Radio TV Compañía Empleador Seguro
Otros _____

Medicamentos _____

Historia médica familiar (Padre / Madre/ Hermano / Hermana) Diabetes Cáncer
 Enfermedades del corazón Hipertensión arterial
Otras _____

Problemas en los pies _____

¿Dónde? _____ ¿Por cuánto tiempo? Días Semanas Meses Años

Escala de dolor (1-10) _____ Descripción del dolor: _____

Causa del problema: Herida Deformidad Desconocida Otra

Agravado por: Caminar Permanecer de pie Uso de zapatos Actividad física

Tratamiento proporcionado por: PCP Podiatra Quiropráctico

Terapeuta Doctor de emergencias Ortopédico

Tratamiento: Rayos X Cintas terapéuticas / Rellenos Medicamentoso

Aparatos ortopédicos Curaciones Cirugía del pie Inyecciones

Tipo de cirugía en el pie _____

Doctores consultados en el pasado y cuándo _____

¿Alguna vez ha padecido de? (Marcar todas las que haya tenido) Juanetes Dedos de martillo Espolones
 Callos Callosidades Uñas enterradas
 Pie de atleta Verrugas Hongos en las uñas
 Pie plano Arco alto Nervios dañados

¿Toma Ud. regularmente anticoagulantes? (Aspirin, Coumadin, etc.) Yes No

¿Toma Ud. regularmente Cortizona o algún otro esteroide? Yes No

Historia médica anterior y actual (Marcar todos los padecimientos que haya tenido):

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Diabetes (Controlada por insulina / dieta, etc.) | <input type="checkbox"/> Osteoartritis / Artritis reumatoidea | <input type="checkbox"/> Epilepsia |
| <input type="checkbox"/> Latido irregular / Insuficiencia cardíaca | <input type="checkbox"/> Cáncer (Tipo) _____ | <input type="checkbox"/> Problemas dermatológicos |
| <input type="checkbox"/> Ataque al corazón / Válvulas defectuosas | <input type="checkbox"/> Cirrosis hepática / Hepatitis | <input type="checkbox"/> Problemas dentales |
| <input type="checkbox"/> La enfermedad degenerativa articular / Gota | <input type="checkbox"/> Parkinson / Alzheimer | <input type="checkbox"/> Problemas de tiroide |
| <input type="checkbox"/> Problemas estomacales o intestinales | <input type="checkbox"/> Mala circulación / Várices | <input type="checkbox"/> Problema de articulaciones |
| <input type="checkbox"/> Problemas urinario, de vejiga o riñón | <input type="checkbox"/> Úlceras o heridas en los pies | <input type="checkbox"/> Coágulos sanguíneos |
| <input type="checkbox"/> Hipertensión / Derrame cerebral | <input type="checkbox"/> Colesterol alto | <input type="checkbox"/> Asma / Bronquitis / COPD |
| <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza / Depresión / Ansiedad | <input type="checkbox"/> Lenta cicatrización de las heridas | <input type="checkbox"/> Problemas de la vista |
| <input type="checkbox"/> Problemas de sangrado / Anemia | <input type="checkbox"/> Fiebres altas / Alergias | |

Alergia a medicamentos o sustancias (Marcar todas las que conozca):

- Latex Cintas Yodo Pielograma intravenoso Mariscos

¿Alguna vez ha tomado un medicamento que le causó erupción cutánea, hinchazón de la cara o dificultad para respirar?

N S En caso de responder Sí, especifique el medicamento y la reacción : _____

¿Alguna vez ha tomado un medicamento que le causó vómitos, náuseas, mareos, diarrea o dolor de cabeza?

N S En caso de responder Sí, especifique el medicamento y la reacción : _____

¿Alguna vez ha tenido problemas al recibir anestesia local, raquídea o general?

N S En caso de responder Sí, por favor explique : _____

Otros datos personales:

- Soltero (a) Casado (a) Viuda (a) Divorciado (a)

Ocupación: _____

¿Fumador actual? S N Si lo es, ¿Cuántos cigarrillos o cajetillas por día? _____

¿Cuánto tiempo lleva fumando? _____

Si dejó de fumar, por favor especifique la fecha: _____

Alcohol: S N Si lo es, ¿Cuántos tragos por día? A la semana? Al mes?

Cirugías / Hospitalizaciones / Historial de partos (Especificar las fechas y procedimientos)
