

Historia e Información Médica

1. Explique su problema en el pie/tobillo Derecho Izquierda _____
2. Describa el dolor/malestar: Quemazón Adormecimiento Punzante Otro _____
3. ¿Cuándo comenzó el dolor/malestar a empezar? _____
4. ¿Qué hace el dolor/malestar mejor?: _____
5. ¿Qué hace que el dolor/malestar empeore?: _____
6. Lista de todos los medicamentos/hierbas, vitaminas: Ninguno _____
7. **Alergias:** (Describa la reacción) Ninguno
- Penicilina _____ Aspirina _____ Estupefacientes Agente/Codeína _____
- Anestesia _____ Mariscos _____ Sulfas _____
- Níquel/Metal _____ Medio de Contraste Radiográfico _____
- Otro _____

8. Historia Médico y Familiar

Condición	Usted	Familia	Condición	Usted	Familia
Anemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad renal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reacción a la anestesia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedades del Hígado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Artritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Retraso Mental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prolapso de la válvula mitral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trastornos de sangrado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Esclerosis Múltiple	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cáncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trastornos de uña	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas de circulación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trastornos nerviosos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes Promedio Glucosa _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Obesidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epilepsia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Flebitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problema(s) del pie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad Pulmonar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gota	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fiebre reumática	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedades del Corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ETS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas de la piel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Presión Arterial Alta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas del Estómago/Intestino	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Colesterol Alto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Derrame Cerebral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VIH/SIDA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trastornos de la tiroides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lesión traumática - Mayor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Venas varicosas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. **Antecedentes quirúrgicos:** ¿Ha tenido cirugía? Sí, en caso afirmativo, describa a continuación No
- Cirugía / Fecha: _____

10. Historia Social: (Sólo marque lo que es pertinente para usted)

- Uso de Tabaco Uso de Alcohol Hábitos de Ejercicio _____
- Uso de Cafeína Uso de la Drogas (recreativo, IV)

11. Empleo: _____ ¿Es su problema relacionado con el empleo? Sí No

12. ¿Está usted embarazada? No Sí _____

13. Altura: _____ Peso: _____ Talla de calzado: _____

Para Uso de Oficina: P/A _____ Pulso _____ Resp. _____ Temp. _____

Revisión de los Sistemas

Por favor marque cualquiera de los siguientes que están sintiendo o hayan sentido recientemente.

Constitucional:	Y N	¿Ha sentido rigidez en las piernas?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
En general ¿Se sientes bien?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	¿Cojera al caminar?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
¿Se siente cansado durante el día?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	¿Sus zapatos se desgastan con rapidez o de manera desigual?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
¿Su problema limita sus actividades diarias normales?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Tegumentario (Piel):	Y N
¿Tiene fiebre?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	¿Tiene problemas de la piel?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Ojos:	Y N	¿Es su piel muy sensible cuando se expone al sol?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
¿Usa anteojos o lentes de contactos?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	¿Tiene usted alguna erupción en la piel?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
¿Tiene ardor o picor en los ojos?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	¿Tiene usted alguna verruga en los pies?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
¿Tiene sensibilidad a la luz?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	¿Tiene usted algún lunar, bultos, protuberancias en la piel?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
¿Tiene los ojos llorosos?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	¿Tiene la piel muy seca o formación de grietas?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
¿Se enrojecen sus ojos con frecuencia?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	¿Tiene alguna herida abierta de la piel?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
¿Tiene dolor en los ojos?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	¿Hay áreas inusuales de decoloración en la piel?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Oídos, nariz, boca y garganta:	Y N	¿Tiene usted alguna callos en los pies?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
¿Tiene zumbido en los oídos?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	¿Están Las uñas son gruesas?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
¿Usted sangra por la nariz?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	¿Están sus uñas deformadas?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
¿Tiene dificultad para tragar?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	¿Están sus uñas encarnadas y tiernas?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Cardiovascular:	Y N	¿Sus uñas le causan dolor?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
¿Ha notado las piernas o hinchazón de los tobillos?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	¿Tiene problemas con sus uñas?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
¿Tiene varices?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	¿Tiene pérdida perceptible de pelo en las piernas o los pies?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
¿Tiene calambres en las piernas por la noche o en reposo?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Neurológicos	Y N
¿Tiene calambres en las piernas/pantorrillas al caminar?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	¿Alguna vez se siente mareado?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
¿Sus pies se sienten especialmente fríos?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	¿A menudo se siente confundido o desorientado?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Respiratorio:	Y N	¿Tiene problemas con su equilibrio?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
¿Tiene dolor en el pecho?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	¿Tiene dolores de cabeza frecuentes o recurrentes?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
¿Tiene dificultad para respirar?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	¿Tiene convulsiones?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
¿Le falta aliento?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	¿Tiene temblores de las extremidades?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
¿Ha tenido una tos que dura más de 3 semanas?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	¿Sus piernas con frecuencia sienten que "se van a dormir"?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Gastrointestinales:	Y N	¿Tiene entumecimiento en las piernas?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
¿Tiene usted pérdida de apetito?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	-una sensación de ardor en las piernas?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
¿Tiene antecedentes de úlceras en el estómago?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	-calambres o dolor en las piernas al caminar o hacer ejercicio?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
¿Tiene acidez estomacal?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	-dolor en la pierna que es peor en la noche o en reposo?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
¿Le causa la aspirina dolor de estómago?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	-dolor en la pierna todo el tiempo?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
¿Tiene heces con sangre u oscuras?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	-siente dolor súbito de sus piernas?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Aparato genitourinario:	Y N	-parálisis completa pérdida de fuerza muscular en las piernas?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
¿Tiende a orinar con más frecuencia que antes?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Trastornos psiquiátricos:	Y N
¿Tiene dolor al orinar?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	¿Tiene usted un historial de problemas psiquiátricos?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
¿Tiene ardor al orinar?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	¿Está usted sujeto a cambios de humor?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
¿Ha notado sangre en la orina?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	¿Está usted bajo mucho estrés?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Trastornos Musculoesqueléticos:	Y N	Endocrinos:	Y N
¿Tiene dolor de espalda?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	¿Tiende a orinar con más frecuencia que antes?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
¿Tiene dolor en las piernas?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	¿Estás con mucha sed?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
¿Tiene dolor en los pies?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	¿Tiene usted un historial de mal aliento?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
¿Tiene dolor en las articulaciones?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	¿Está teniendo sudores nocturnos?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
¿Tiene dolor de huesos?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	¿Tiene inflamación de los ganglios?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
¿Tiene dolores musculares o dolores en general?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	¿Ha tenido un cambio significativo del peso recientemente?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
¿Has tenido hinchazón en las piernas?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hematológicas / linfático:	Y N
¿Has tenido hinchazón o rigidez de las articulaciones?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	¿Le da hematomas con facilidad?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
¿Ha notado un cambio en la manera de caminar?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Alérgicas / inmunológicas:	Y N
¿Es difícil subir escaleras?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	¿Si se corta, se tarda mucho tiempo en sanar?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
¿Está teniendo una pérdida de fuerza en las piernas?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	¿Tiene reacciones alérgicas a medicamentos, alimentos tintes?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>