

Historial Medico

A visitado un podiatra antes? Si No Cuando fue la ultima vez? _____

Hay alguna historia familiar o personal de diabetes? Si No

Por favor indique que problemas tiene en sus pies:

Hongo?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Dolor del tobillo?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Mal Olor?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Uñas enterradas?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Dedos entumidos?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Juanetes?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Dolor de talon?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Ardor/cierzo?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Pie Plano?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Pies cansados?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Pie de atleta?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Comezon?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Hinchazon?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Calambres en las piernas?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Callos?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

Por favor indique su problemas medicos:

Diabetes? Si No Alta presion? Si No Artritis? Si No

Medico familiar: _____ Numero de telefono: _____

Está usted embarazada? Si No Cuantos meses? _____

Medicamento

Incluya prescripciones, medicina no recetada, y vitaminas:

Alergias

Alergias a medicamentos:

Como supo de nuestra oficina?

Familiar/Amigo(a)-Nombre: _____

Paginas Amarillas

La Guia

Letrero

Referido por su medico - Nombre de su doctor: _____

Consentimiento

Yo certifico que la informacion provehida es verdadera y correcta segun mi entendimiento. Yo doy permiso al doctor que administre y ejecute dicho procedimiento y/o tratamiento que sea necesario en mis pies. Yo doy mi consentimiento para que cualquier informacion medica sea liberada segun sea necesario para el tratamiento de mis pies.

Firma del paciente(padre o tutor mayor de 18 años): _____

Fecha: _____