

# Bakersfield Foot and Ankle Surgeons

## Formulario Médico

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
No. de Seguro Social \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Edad \_\_\_\_\_  
Sexo: \_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_  
Origen étnico: \_\_\_\_\_  
Doctor Primario \_\_\_\_\_ MD/DO  
Ultima cita aun doctor de los pies \_\_\_\_\_

### PROBLEMA DE PIE/TOBILLO

Cual es la causa de su visita?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Por cuanto tiempo a tenido este problema? \_\_\_\_\_

Cual fue la causa de su problema? (explique?)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Que a hecho para aliviar su dolor? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
A tenido o tuvo alguno de estos problemas en su pie o tobillo antes?

Problemas	Tiene	Tuvo	Derecho	Izquierdo
Dolor de tobillo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor de arco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pie de atleta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Juanete	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Callo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ampula	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Calambres en pie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Calambres de pierna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pie plano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor de pies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hongos en las unas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor de talon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infection pie/tobillo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Una enterrada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Camina anormal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pie dormido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sudor excesivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pie/tobillo inchado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor en sus dedos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verruca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Es su problema de pie por un accidente? Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_

Cual es la fecha de accidente? \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Donde fue el accidente? \_\_\_\_\_

Si la lesión ocurrió en el trabajo, su empleador ha sido notificado? \_\_\_\_\_

Empleador \_\_\_\_\_ Ocupacion \_\_\_\_\_

Direccion \_\_\_\_\_

Cuidad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Codigo Postal \_\_\_\_\_

Numero de Trabajo (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Nombre de Empleador \_\_\_\_\_

## HISTORIAL MEDICO

Por favor, indique si usted tiene un historial médico personal o familiar de alguno de los siguientes:

Problemas	Si, Historia Personal	Si, Historia Familiar
El consumo de alcohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De fumar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uso de drogas ilícitas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Artritis, osteoarthritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Artritis, reumatoide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La válvula de corazón artificial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cáncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dependencia de sustancias químicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor de pecho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Los problemas de circulación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Desmayo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Calambres en los pies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gota	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolores de cabeza crónicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad del corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hipertensión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas en los riñones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Calambres en las piernas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad hepática	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Presión arterial baja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedades respiratorias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dificultad para respirar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ataque	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inflamación crónica del tobillo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inflamación crónica del pie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inflamación crónica la pierna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Úlceras en la piel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Las úlceras de estómago	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Varices	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otras: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otras: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Lista de las cirugías que ha tenido (mayores y menores): \_\_\_\_\_

Lista de las hospitalizaciones: \_\_\_\_\_

---

Está usted ahora, o ha estado bajo el cuidado médico por cualquier razón durante los últimos dos años?  
Si \_\_\_ No \_\_\_

Por favor escriba los nombres de sus doctores anteriores:

Doctores Primarios: \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_

Otros doctores: \_\_\_\_\_

---

## CONSENTIMIENTO

Yo certifico que la información anterior es verdadera y correcta a lo mejor de mi conocimiento.

Yo doy mi permiso para que los pies y Bakersfield Foot and Ankle Surgeons para examinar, fotografía, administrar y llevar a cabo tales procedimientos quirúrgicos menores que se consideren necesarios en el diagnóstico y / o el tratamiento del pie y / o problemas de tobillo.

---

Firma del Paciente o Guardián

---

Fecha