

PODIATRY HEALTH HISTORY (HISTORIA DE SALUD DE PODOLOGÍA)

First Name (Nombre):	NOTE: This form provides information about your healthcare history, is confidential, and part of your medical record. If you do not understand a question or word, please ask for assistance. <i>(Este formulario proporciona información sobre su historial médico, es confidencial, y es parte de su archivo médico. Si usted no entiende alguna pregunta o alguna palabra, por favor pida ayuda.)</i>
Last Name (Apellido):	
Primary Care Doctor/Provider (Médico de atención primaria):	
Race/Ethnicity (Raza/Etnicidad):	
Preferred Language (Idioma Preferido):	

MEDICAL HISTORY (HISTORIAL MÉDICO)

Diagnosis (Diagnóstico)	Yes (Sí)	No	Diagnosis (Diagnóstico)	Yes (Sí)	No	Diagnosis (Diagnóstico)	Yes (Sí)	No
CHF (Insuficiencia cardíaca congestiva)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hyperlipidemia - High Cholesterol (Hiperlipidemia)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hypertension –high blood pressure (Alta presión arterial)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stroke (Derrame cerebral)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Seizures (Convulsiones)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes mellitus type 2 (Diabetes mellitus – tipo 2)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kidney disease (Enfermedad del riñón)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	GERD (Acid Reflux) (Reflujo de acidez Gástrica)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Glaucoma (Glaucoma)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arthritis (Artritis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Osteoporosis (Osteoporosis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Asthma (Asma)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Liver disease (La enfermedad del hígado)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alcoholism (Alcoholismo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Depression (Depresión)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cancer (Cáncer)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Thyroid disease (Enfermedad de la tiroides)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Other medical history (Otro historial médico):								

SURGICAL HISTORY (ANTECEDENTES QUIRÚRGICO)

Diagnosis (Diagnóstico)	Yes (Sí)	No	Diagnosis (Diagnóstico)	Yes (Sí)	No	Diagnosis (Diagnóstico)	Yes (Sí)	No
Achilles tendon release (Liberación del tendón de Aquiles)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Arterial bypass (Cirugía de bypass)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Foot surgery (Cirugía del pie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Amputation (Amputación)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bunionectomy (Bunionectomía)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hammer toe repair (Reparación dedo en martillo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ankle fracture surgery (La cirugía de fractura de tobillo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Foot fracture surgery (Cirugía de fractura de pie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Toenail removal (La eliminación del uña del dedo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Other surgical history (Otro historial de cirugía):								

FAMILY HISTORY (ANTECEDENTES FAMILIARES)

Relationship (Relación)	Cancer (Cáncer)	Clotting disorder (Trastorno de la coagulación)	Diabetes (Diabetes)	Osteoporosis (Osteoporosis)	Psoriasis (La psoriasis)	Rashes/Skin (erupciones/enfermedad de la piel)	Coronary artery (Arteria coronaria)	Ulcerative colitis (La colitis ulcerosa)	High Blood Pressure (Alta presión arterial)	Stroke (Derrame cerebral)	High Cholesterol (Hiperlipidemia)						
Mother (Madre)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
Father (Padre)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
Sister (Hermana)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
Brother (Hermano)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
Maternal Aunt (Tía Materna)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
Maternal Uncle (Tío Materno)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
Paternal Aunt (Tía Paterna)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
Paternal Uncle (Tío Paterno)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						

FAMILY HISTORY (ANTECEDENTES FAMILIARES)

Relationship (Relación)	Cancer (Cáncer)	Clotting disorder (Trastorno de la coagulación)	Diabetes (Diabetes)	Osteoporosis (Osteoporosis)	Psoriasis (la psoriasis)	Rashes/Skin (erupciones/enfermedad de la piel)	Coronary artery (Arteria coronaria)	Ulcerative colitis (La colitis ulcerosa)	High Blood Pressure (Alta presión arterial)	Stroke (Derrame cerebral)	High Cholesterol (Hiperlipidemia)								
Maternal Grandmother (Abuela Materna)																			
Maternal Grandfather (Abuelo Materno)																			
Paternal Grandmother (Abuela Paterna)																			
Paternal Grandfather (Abuelo Paterno)																			
Additional Relatives (Parientes Adicionales):																			

Adopted (Adoptado/a)

SOCIAL HISTORY (HISTORIA SOCIAL)

Tobacco Use (Uso del Tabaco): Yes (Sí) No Packs per day (Paquetes por día): .25 .5 1 1.5 2 3 _____

Years of use (Años de uso): .5 1 2 3 4 5 10 15 _____ **Quit date (mm/dd/yyyy):** _____
 (Fecha de cuando dejó de usarlo - mm/dd/año)

Smokeless Tobacco (Tabaco sin humo/de mascar): Yes (Sí) No **Quit date (mm/dd/yyyy):** _____
 (Fecha de cuando dejó de usarlo - mm/dd/año)

Ready to Quit (Listo para dejar de usar el tabaco) Yes (Sí) No

Comment (comentario):

Alcohol Use (Uso de Alcohol): Yes (Sí) No **Comment (comentario):**

<p>Drinks/Week: _____ glasses of wine (copas de vino) (Bebidas/Semana) _____ cans of beer (latas/botes de cerveza) _____ shots of liquor (tragos de licor) _____ drinks containing 0.5 oz of alcohol (bebidas con un contenido de 0.5 onzas de alcohol)</p>	<p>Alcohol/Week (Alcohol/Semana):</p>
---	--

Drug Use (Uso de Drogas): Yes (Sí) No **Comment (comentario):**

<p>Use/Week: _____ (Uso/Semana)</p>	<p>Types: (Tipo)</p> <p><input type="checkbox"/> "Crack" cocaine <input type="checkbox"/> Cocaine <input type="checkbox"/> Heroin <input type="checkbox"/> MDMA (Ecstasy) <input type="checkbox"/> Nitrous oxide <input type="checkbox"/> Solvent inhalants <input type="checkbox"/> Other _____</p>	<p><input type="checkbox"/> Amphetamines <input type="checkbox"/> Amyl nitrate <input type="checkbox"/> Codeine <input type="checkbox"/> Hydrocodone <input type="checkbox"/> Mescaline <input type="checkbox"/> Opium</p>	<p><input type="checkbox"/> Anabolic steroids <input type="checkbox"/> Barbituates <input type="checkbox"/> Benzodiazepines <input type="checkbox"/> Fentanyl <input type="checkbox"/> Flunitrazepam <input type="checkbox"/> GHB <input type="checkbox"/> Ketamine <input type="checkbox"/> LSD <input type="checkbox"/> Methamphetamine <input type="checkbox"/> Methaqualone <input type="checkbox"/> Methylphenidate <input type="checkbox"/> Oxycodone <input type="checkbox"/> PCP <input type="checkbox"/> Psilocybin</p>
---	---	--	--