



# Arizona Foot Specialists, LTD.

## Historia Medica

Favor de indicar si usted ha sufrido en alguna enfermedad encontrada abajo:

SIDA/VIH	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Epilepsia	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Ronchas	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Allergias a Anestecia	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Problemas de Ojo	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Enfer. Respiratorios	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Allergias a Drogas	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Desmayos	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Fiebre Rheumatica	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Anemia	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Calambres	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Falta de Respirac.	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Arthritis	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Dolor de Cabeza	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Infactro	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Valvuas/Collonturas Artificiale	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Enfer. de corazon	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Pie Cansado	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Asthma	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Hemophilia	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Tuberculosis	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Problemas de Espalda	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Hepatitis	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Ulceras	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Problemas de Sangrar	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Alta Presion	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Varices	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Cancer	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Enfer. de Riñon	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Enf. Venerias	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Dependencia Quimica	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Enfer. de Igado	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		
Dolor de Pecho	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Baja Presion	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		
Diarrhea Chronica	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Neuropatia	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		
Problemas Circulatorios	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Phlebitis	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		
Diabetes	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Cuidado Psych.	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		
Problemas de Oido	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Radiacion	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		

Cirugias que le han hecho: \_\_\_\_\_

Hospitalisaciones, por razones aparte de cirugias?: \_\_\_\_\_

Ultima visita con su Dr primario?: \_\_\_\_\_

Ha estado bajo de cuidado medico?  Yes  No

Por que razones?: \_\_\_\_\_

### Medicamentos

Incluye medicamentos recetadas, sin receta, y vitaminas: \_\_\_\_\_

Nobre de Pharmacia, calles primarias?: \_\_\_\_\_

Tel. de pharmacia: \_\_\_\_\_

Toma Alcol? De que frecuencia y cantidad? \_\_\_\_\_

### Allergias

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Cintas medicas  | <input type="checkbox"/> Anestecia Local |
| <input type="checkbox"/> Anticoagulantes | <input type="checkbox"/> Penicillina     |
| <input type="checkbox"/> Aspirina        | <input type="checkbox"/> Mariscos        |
| <input type="checkbox"/> Codeina         | <input type="checkbox"/> Sulfa           |
| <input type="checkbox"/> Demerol         | <input type="checkbox"/> Iodine          |
| <input type="checkbox"/> Otros:          | _____                                    |

### Consentimiento de tratamiento

Yo \_\_\_\_\_ doy permiso al Dr (y a sus asistentes, o representantes) para administrar y hacer procedimientos sobre mi, como el Dr piense que es necesario.

\_\_\_\_\_  
Firma de Paciente

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Please print name of patient

\_\_\_\_\_  
Date