

The Spine & Orthopedic Center
PATIENT MEDICAL HISTORY
(HISTORIA CLÍNICA DEL PACIENTE)

James Kinchsular, DPM
 (Please Print Clearly)
 (En letra de imprenta clara)

Today's date: <i>(Fecha de hoy)</i>	PCP: <i>(Médico de cabecera)</i>	Translator: <i>(Traductor)</i>
---	--	--

PATIENT INFORMATION
(INFORMACIÓN SOBRE EL PACIENTE)

Patient's last name: <i>(Apellido del paciente)</i>	First name (middle initial): <i>(Nombre e inicial del segundo nombre)</i>	<input type="checkbox"/> Mr. <i>(Sr.)</i>	<input type="checkbox"/> Miss <i>(Srta.)</i>	Marital status (circle one) <i>(Estado civil) (marque una opción)</i> Single / Mar / Div / Sep / Wid <i>(Soltero / Casado / Divorciado / Separado / Viudo)</i>
		<input type="checkbox"/> Mrs. <i>(Sra.)</i>	<input type="checkbox"/> Ms. <i>(Sra./Srta.)</i>	

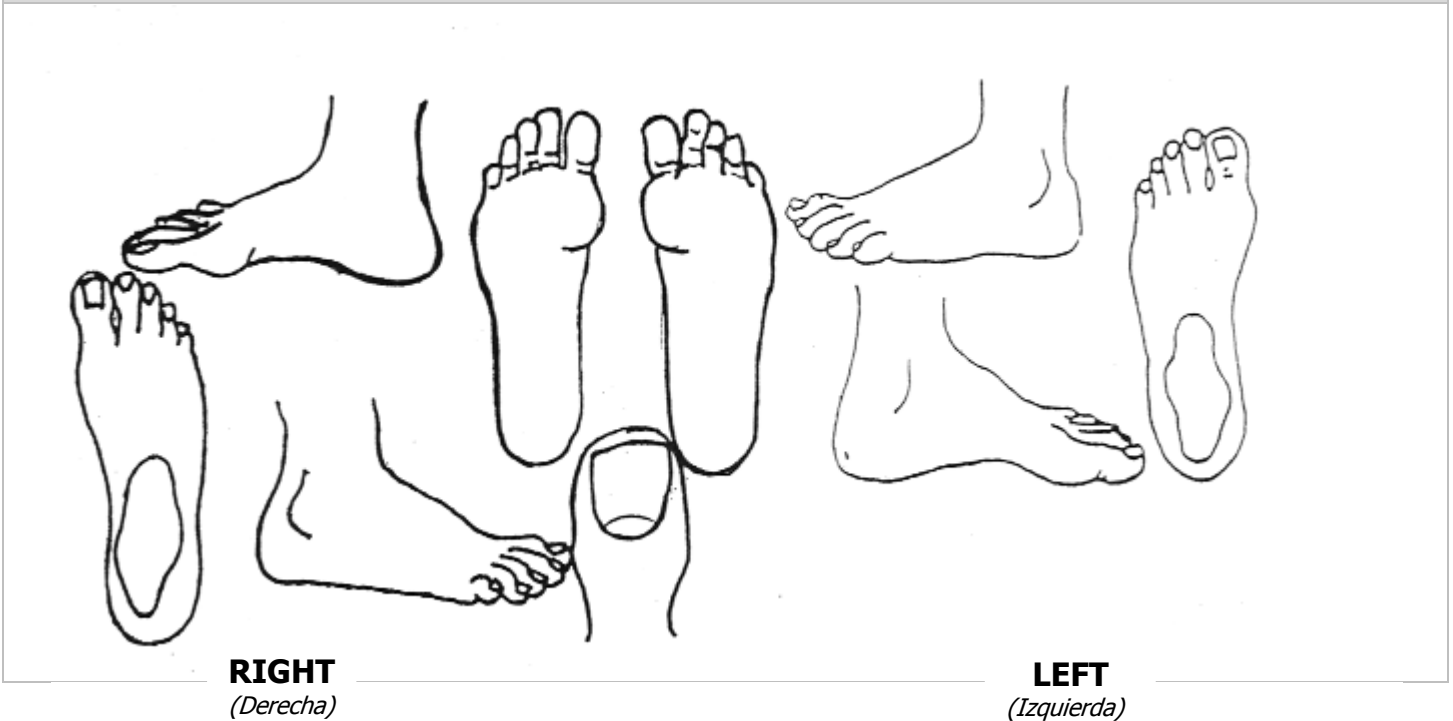
Is this your legal name? <i>(¿Es su nombre legal?)</i>	If not, what is your legal name? <i>(Si no lo es, ¿cuál es su nombre legal)</i>	(Former name): <i>(Nombre anterior)</i>	Birth date: <i>(Fecha de nacimiento)</i> / /	Age: <i>(Edad)</i>	Sex: <i>(Sexo)</i> <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
<input type="checkbox"/> Yes <i>(Sí)</i>	<input type="checkbox"/> No <i>(No)</i>				

Race: <i>(Raza:)</i>	Height: <i>(Altura)</i>	Weight: <i>(Peso)</i>	Shoe Size: <i>(Talla de Zapatos:)</i>
--------------------------------	-----------------------------------	---------------------------------	---

Occupation: <i>(Ocupación)</i>	Employer: <i>(Empleador)</i>	Employer phone no.: <i>(Número telefónico del empleador)</i> ()
--	--	---

Referred to clinic by (please check one box): <input type="checkbox"/> Dr. <i>(Derivado a la clínica por: marque una casilla) (Dr.)</i>	<input type="checkbox"/> Insurance Plan <i>(Plan de seguro)</i>	<input type="checkbox"/> Hospital <i>(Hospital)</i>
<input type="checkbox"/> Family <i>(Familiar)</i>	<input type="checkbox"/> Friend <i>(Amigo)</i>	<input type="checkbox"/> Close to home/work <i>(Cerca del hogar/trabajo)</i>
<input type="checkbox"/> Yellow Pages <i>(Páginas Amarillas)</i>	<input type="checkbox"/> Other <i>(Otro)</i>	

Please indicate where you feel pain on the foot and ankle diagram below.
(Indique dónde siente dolor marcando en el diagrama de pies y tobillos que se muestra a continuación.)



Chief Concern/History of Present Concern (Consulta principal/Historial de la consulta actual)
Current foot or ankle problem: (Problema actual en el pie o tobillo:)
Nature (Sharp, Dull, Achy, Burning, etc.): [Naturaleza (agudo, leve, persistente, de quemazón, etc.):]
Location (Where is the pain?): [Ubicación (¿Dónde siente el dolor?):]
Duration (How long have you had the problem?): [Duración (¿Desde hace cuánto tiene este problema?):]
Onset (What happened? New Activities, New Shoes, New Job, Accident, etc?): [Comienzo (¿Qué sucedió? ¿Actividades nuevas, zapatos nuevos, trabajo nuevo, accidente, etc.?):]
Course (Intermittent, Constant, Progressive): [Curso: (Intermitente, constante, progresivo):]
Aggravates (What makes the pain worse? Standing, Sitting, Not Wearing Shoes, Climbing, etc?): [Agravantes (¿Qué empeora el dolor? ¿Estar de pie, sentado, descalzo, subirse a algo, etc.?):]
Treatment (What has been done and did it help?): [Tratamiento (¿Qué le han hecho? ¿Ha funcionado?):]

Medical History: Do you or have you had any of the following medical conditions:
(Historia Clínica: ¿Tiene o ha tenido alguna de las siguientes afecciones?:)

Condition (Afección)	Yes (Sí)	No (No)	Condition (Afección)	Yes (Sí)	No (No)
Acne (Acné)			Hyperthyroid (Hipertiroidismo)		
Anemia/Sickle Cell (Anemia)			Hypothyroid (Hipotiroidismo)		
Arthritis (Artritis)			Immune Disease (HIV, AIDS) [Enfermedad Inmunológica (SIDA/VIH)]		
Artificial Joint Replacement (Reemplazo Articular Artificial)			Insulin Dependent Diabetes Mellitus (Diabetes Mellitus Insulinodependiente)		
Asthma/Bronchitis (Asma/Bronquitis)			Kidney or Bladder (Riñón o Vejiga)		
Basal Cell (Células basales)			Liver Disease (Enfermedad hepática)		
Bleeding Disorders (Trastornos hemorrágicos)			Malignant Melanoma (Melanoma maligno)		
Cancer (Cáncer)			Melanoma (Melanoma)		
Cataracts (Cataratas)			Mitral Valve Prolapse (Prolapso de la válvula mitral)		
Charcot Foot (Pie de Charcot)			Muscular Dystrophy/Muscular Disorders (Distrofia muscular/Desórdenes musculares)		
Charcot Marie Tooth Disease (Enfermedad de Charcot Marie Tooth)			Non-Insulin Dependent Diabetes Mellitus (Diabetes mellitus no insulinodependiente)		

Condition (Afección)	Yes (Sí)	No (No)
Diverticulitis (Diverticulitis)		
Epilepsy/Seizures (Epilepsia/convulsiones)		
Fibromyalgia (Fibromialgia)		
GI Bleeding/Ulcers (Hemorragia/Úlcera Gastrointestinal)		
GI Reflux (Reflujo Gastrointestinal)		
Gout (Gota)		
Heart Disease/Heart Attack (Enfermedad Cardíaca/Infarto)		
Hepatitis A, B or C (Hepatitis A, B o C)		
Hernia (Hernia)		
High Blood Pressure (Hipertensión)		

Condition (Afección)	Yes (Sí)	No (No)
Pulmonary Fibrosis (Fibrosis Pulmonar)		
PVD (Enfermedad Vascolar Periférica)		
Raynoud's Disease (Enfermedad de Raynaud)		
Rheumatoid Arthritis (Artritis Reumatoide)		
RSD (Distrofia Simpática Refleja)		
Rosacea (Rosácea)		
Squamos Cell (Células Escamosas)		
Stroke (Apoplejía)		
Thyroid Disease (Enfermedad Troidea)		
Warts (Verrugas)		

List any other medical problems not listed above:
(Enumere otros problemas médicos que no estén en la lista anterior:)

Surgeries and Hospitalizations: (Describe procedure and any complications.)

[Cirugías y Hospitalizaciones: (Describa el procedimiento y si hubo alguna complicación.)]

Date (Fecha)	Surgery (Cirugía)

Medications: Please list ALL medications you are currently taking (including non-prescription drugs, vitamins, and supplements):

(Medicamentos: Mencione TODOS los que toma actualmente: incluya los medicamentos sin receta, vitaminas, y los suplementos)

Name (Nombre)	Dose (Dosis)	How often? (Frecuencia)

Allergies - please indicate all known allergies and type of reaction that occurred. (aspirin, sulfa drugs, penicillin, iodine, Novocain, tape, foods, drugs, etc.)

[Alergias: indique todas las alergias conocidas y el tipo de reacción que produjeron. (aspirina, sulfonamidas, penicilina, yodo, Novocaína, cinta adhesiva, comidas, drogas, etc.)]

Name (Nombre)	Reaction (Reacción)

Have you ever had a reaction to local or general anesthesia? Yes No
(¿Tuvo alguna vez alguna reacción a la anestesia local o general?) (Sí) (No)

Family History: List all medical problems your parents have/had, such as high blood pressure, diabetes, cancer, bunions, flatfeet, hammertoe, poor circulation, etc.

(Historial familiar: enumere todos los problemas médicos que tienen o han tenido sus padres, tales como hipertensión, diabetes, cáncer, juanetes, pie plano, dedos de martillo, mala circulación, etc.)

Mother: (Madre)	<input type="checkbox"/> Alive <input type="checkbox"/> Deceased (Viva) (Fallecida)	Condition: (Enfermedad:)
Father: (Padre)	<input type="checkbox"/> Alive <input type="checkbox"/> Deceased (Vivo) (Fallecido)	Condition: (Enfermedad:)
Name of Family Physician: (Nombre del médico de cabecera)		Date Last Seen (approx.): (Fecha aprox. de la última visita:)
Name of Former Podiatrist: (Nombre del podólogo anterior)		Date Last Seen (approx.): (Fecha aprox. de la última visita:)

Social History: Please check all that apply.

Occupation: (Ocupación)			
How do you spend most of your time? (Standing, Walking, Heavy lifting, etc.): <i>[¿Cómo pasa la mayor parte de su tiempo? (De pie, caminando, levantando cosas pesadas, etc.):]</i>			
Are you disabled? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <i>(¿Es usted discapacitado?) (Sí) (No)</i>		Are you retired? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <i>(¿Está jubilado?) (Sí) (No)</i>	
List any sports or exercise you do: <i>(Anote cualquier deporte o ejercicio que practique:)</i>			
Do you smoke tobacco? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <i>(¿Fuma tabaco?) (Sí) (No)</i>	How much? <i>(Frecuencia?)</i>	What kind? <i>(Cantidad?)</i>	
Do you drink caffeine? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <i>(¿Bebe cafeína?) (Sí) (No)</i>	How much? <i>(Frecuencia?)</i>	What kind? <i>(Cantidad?)</i>	
Do you drink alcohol? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <i>(¿Bebe alcohol?) (Sí) (No)</i>	How much? <i>(Frecuencia?)</i>	What kind? <i>(Cantidad?)</i>	
Do you do illicit drugs? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <i>(¿Consume drogas ilegales?) (Sí) (No)</i>	How much? <i>(Frecuencia?)</i>	What kind? <i>(Cantidad?)</i>	
Additional comments/concerns? <i>(¿Tiene comentarios/consultas adicionales?)</i>			

Review of Systems: Please check all that apply over the last 3 months time.

(Revisión de los Sistemas: Marque con un círculo todas las opciones que correspondan para los últimos 3 meses.)

General (General)		
Symptom (Síntoma)	Yes (Sí)	No (No)
Nausea / (Náuseas)		
Vomiting / (Vómitos)		
Fever / (Fiebre)		
Chills / (Escalofríos)		
Loss of Appetite (Pérdida de apetito)		
Malaise / (Malestar)		

HEENT (Cabeza, Ojos, Oídos, Nariz y Garganta)		
Symptom (Síntoma)	Yes (Sí)	No (No)
Headaches/Migraines (Jaquecas/ Migraña)		
Visual Changes (Cambios en la visión)		
 ringing in Ears (Zumbido en los oídos)		
Hearing Loss (Pérdida de audición)		
Runny Nose (Goteo nasal)		
Sore Throat (Garganta irritada)		
Swallowing Difficulty (Dificultad para tragar)		

Neuro/MSK (Sistema Nervioso/Músculoesquelético)		
Symptom (Síntoma)	Yes (Sí)	No (No)
Muscle Weakness (Debilidad muscular)		
Joint Pain, Redness, Swelling (Dolor, enrojecimiento, hinchazón de las articulaciones)		
Muscle Spasm/ Cramping (Espasmos musculares/ calambres)		
Low Back Pain (Dolor de cintura)		
Numbness/Tingling / (Adormecimiento/ hormigueo)		
Sudden Loss of Function (Pérdida repentina de funciones)		

Lungs/Chest (Pulmones/Tórax)		
Symptom (Síntoma)	Yes (Sí)	No (No)
Cough (Tos)		
Coughing Blood (Tos con sangre)		
Shortness of Breath at Rest (Falta de aire en reposo)		
Orthopnea (difficulty breathing laying flat) (Ortopnea: dificultad para respirar en posición horizontal)		
Chest Pain/Angina (Dolor/ angina de pecho)		
Wheezing (Respiración sibilante)		
Calf Cramping when Walking (Calambres en la pantorrilla al caminar)		
Leg Swelling/Edema (Hinchazón/edema en las piernas)		

GI/GU (Gastrointestinal/ Genitourinario)		
Symptom (Síntoma)	Yes (Sí)	No (No)
Diarrhea (Diarrea)		
Constipation (Constipación)		
Blood in Stool (Sangre en las heces)		
Incontinence (bowel/urinary) (Incontinencia: intestinal/urinaria)		
Pain with Urination (Dolor al orinar)		
Blood in Urine (Sangre en la orina)		
Pus in Urine (Pus en la orina)		
Urinary Retention (Retención urinaria)		
Urinary Frequency (Micción frecuente)		

Endocrine (Sistema Endocrino)		
Symptom (Síntoma)	Yes (Sí)	No (No)
Hot or Cold Spells (Episodios de calor o frío)		
Recent Weight Change (Cambio reciente de peso)		
Appetite/Thirst Change (Cambio en apetito y sed)		

Skin (Cutáneo)		
Symptom (Síntoma)	Yes (Sí)	No (No)
Sores (new or non-healing) (Llagas: nuevas o que no cicatrizan)		
Rash (Sarpullido)		
Itching (Picazón)		
New Lesions (Lesiones nuevas)		

Briefly explain all items you answered "yes" to above:

(Explique brevemente las respuestas positivas)

Additional Comments:

Please provide any additional comments or concerns that you feel are important regarding your foot and ankle problem not adequately addressed above.

(Comentarios adicionales: Incluya cualquier comentario o consulta adicional que considere importante con respecto a su problema en el pie y tobillo y que no haya sido mencionado anteriormente en forma adecuada.)

I hereby give The Spine and Orthopedic Center Specialists permission to diagnose and administer treatment for my foot and ankle condition and authorize any release of information obtained in the course of my treatment.

(Por la presente, doy mi permiso a los especialistas de The Spine and Orthopedic Center para diagnosticar y administrar el tratamiento de mi afección en el pie y el tobillo, y autorizo la divulgación de cualquier información obtenida en el curso de mi tratamiento.)

Signature: _____

(Firma:)

Date: _____

(Fecha)