

Referido por: _____

Doctor General: _____ Última Visita: _____

Altura _____ Peso _____ Ultima Presión sanguínea _____/_____

Que Problema a los Pies tiene: _____

Repaso de Sistema

Encierre con un círculo sí o no

Embarazada	Sí	No	Alta Presión	Sí	No
Artritis	Sí	No	SIDA	Sí	No
Asma	Sí	No	Enfermedades al Riñón	Sí	No
Dolor de Espalda	Sí	No	Enfermedades del Hígado	Sí	No
Problemas a la Vesícula	Sí	No	Perdida del Equilibrio	Sí	No
Sangrar Mucho	Sí	No	Entumecimiento / Hormigueo	Sí	No
Cáncer	Sí	No	Tos Persistente	Sí	No
Dolor de Pecho	Sí	No	Neumonía	Sí	No
Diabetes	Sí	No	Falta de Aire	Sí	No
Enfisema	Sí	No	Enfermedades del Estómago (Úlceras)	Sí	No
Epilepsia	Sí	No	Tuberculosis	Sí	No
Dolor de Cabeza	Sí	No	Azúcar en la Sangre aprox: _____		
Ataque al Corazón	Sí	No			
Hepatitis	Sí	No			

Otros Problemas Médicos: _____

Ha tenido complicaciones con cirugías (Anestesia) Sí No

Explique: _____

Alcohol: No <2 4 6 Bebidas a la semana.

Fumar No <1 2 3 Cajas diarias.

Historial Médico de la Familia: (Diabetes, Alta Presión, Cáncer, etc.)

Alergias a medicamentos:

Penicilina Sí No **Sulfa** Sí No **Cinta** Sí No **Anestesia Local** Sí No **Látex** Sí No

Otras Alergias a Medicinas: _____

Medicamentos actualmente tomando: _____