

Patient Information
Información del Paciente

El Paso Footcare, PA

Date
Fecha

Patient name <i>Nombre del paciente</i>	Birthdate <i>Fecha de Nacimiento</i>
Social Security # <i># de Seguro Social</i>	Home Phone <i>Teléfono de casa</i>
Address <i>Dirección</i>	Work/Cell Phone <i>Trabajo/Celular</i>
City/State/Zip <i>Ciudad, Estado, Código Postal</i>	Male / Female Single Married Divorced Widow <i>Hombre / Mujer Soltero Casado Divorciado Viudo(a)</i>
Patient's or parent's employer <i>Nombre de su empleador</i>	Work Phone <i>Teléfono de trabajo</i>
Business address <i>Dirección de trabajo</i>	City/State/Zip <i>Ciudad, Estado, Código Postal</i>
Spouse or parent's name <i>Esposo(a) o nombre de padres</i> Employer <i>Trabajo</i> Work phone <i>Teléfono del trabajo</i>	Emergency contact name/phone <i>Contacto de emergencias nombre/teléfono</i> How did you learn about El Paso Footcare? ¿Como aprendio de El Paso Footcare?

Responsible Party
Persona responsable por pago

Name of person responsible for this account <i>Nombre de persona responsable de cuenta debida</i>	Relationship to patient <i>Relación con del paciente</i>
Address <i>Dirección</i>	Birthdate <i>Fecha de Nacimiento</i>
City/State/Zip <i>Ciudad, Estado, Código Postal</i>	Employer <i>Empleador</i>
Home Phone <i>Teléfono de casa</i>	Work/Cell Phone <i>Trabajo/Celular</i>
Is this person a patient in our office? <i>¿Esta persona es paciente de nuestra oficina?</i>	

Insurance Information
Información de su Aseguranza

Name of insured <i>Nombre del asegurado</i>	Birthdate of insured <i>Fecha de nacimiento del asegurado</i>
Social Security # <i># de Seguro Social</i>	Employer <i>Empleador</i>
	Relationship to patient <i>Relación con el paciente</i>
Primary Insurance Company <i>Aseguranza Primaria</i>	Secondary Insurance Company <i>Aseguranza Secundaria</i>
Member ID# <i>Numero de identificación</i>	Group <i>Grupo</i>
	Member ID# <i>Numero de identificación</i>
	Group <i>Grupo</i>

Authorization & Release
Permiso de autorización

I authorize release of any information concerning my (or my child's) health care, advice and treatment provided for the purpose of evaluating and administering claims for insurance benefits. I also hereby authorize payment of insurance benefits otherwise payable to me directly to the doctor.

Yo autorizo que den información médica y tratamiento de mí o (mi hijo/a) con el propósito administrativo para los beneficios de aseguransa(s) y también autorizo los pagos de aseguransa(s).

Signature of patient (or parent if minor)
Firma del paciente o (padre si es menor)

Date
Fecha

Patient Medical History

Historia Medica del Paciente

Describe 1 or 2 main problems in greater detail below & mark on the diagrams below the areas where you have each problem .

Defina 1 ó 2 problemas principales en grande detalle abajo y indique en los diagramas de abajo las areas donde usted tiene cada problema.

Graphic – Left foot

Gráfico- Pie izquierdo

Graphic – Right foot

Gráfico- Pie derecho

First Problem

Primer Problema:

On Left foot On Right foot Both
En el pie izquierdo En el pie derecho Los dos

It causes me difficulty walking wearing shoes
Me causa dificultad caminando usando zapatos

And/or it...

Y/o lo... _____

How long ago did the problem(pain) start?

¿Hace cuanto tiempo empezó el problema(dolor)?

days weeks months years
 días semanas meses años

The pain from my problem occurs:

El dolor de mi problem ocurre:

while walking and/or while not walking
 mientras caminando y/o mientras no este caminando

My pain/discomfort is:

Mi dolor/molestia es:

Shooting pain (*Dolor punzante*)
 Throbbing Pain (*Dolor de punzada*)
 Sharp pain (*Dolor fuerte*)
 Burning pain (*Ardor*)
 Itching (*Comezón*)
 Aching Pain (*Dolor*)
 Tenderness (*Dolor sensitivo*)
 Dull Pain (*Dolor Lento*)
 Tingling (*Hormigueo*)
 Numbness (*Entumecimiento*)

Is problem work related? Yes No

¿El problema es relacionado con su trabajo? Sí No

Date of injury/*Fecha de herida* / /20__

Date of report to employer

Fecha de reporte al empleado / /20__

Patient's Doctors (*Doctores del Paciente*)

Name	Phone #	Last seen
<i>Nombre</i>	<i>Teléfono</i>	<i>Ultima visita</i>

Primary
Doctor Primario _____

Specialist
Especialista _____

Other Podiatrist
Otro Podiatra _____

Second Problem

Segundo Problema:

On Left foot On Right foot Both
En el pie izquierdo En el pie derecho Los dos

It causes me difficulty walking wearing shoes
Me causa dificultad caminando usando zapatos

And/or it...

Y/o lo... _____

How long ago did the problem(pain) start?

¿Hace cuanto tiempo empezó el problema(dolor)?

days weeks months years
 días semanas meses años

The pain from my problem occurs:

El dolor de mi problem ocurre:

while walking and/or while not walking
 mientras caminando y/o mientras no este caminando

My pain/discomfort is:

Mi dolor/molestia es:

Shooting pain (*Dolor punzante*)
 Throbbing Pain (*Dolor de punzada*)
 Sharp pain (*Dolor fuerte*)
 Burning pain (*Ardor*)
 Itching (*Comezón*)
 Aching Pain (*Dolor*)
 Tenderness (*Dolor sensitivo*)
 Dull Pain (*Dolor Lento*)
 Tingling (*Hormigueo*)
 Numbness (*Entumecimiento*)

Is problem work related? Yes No

¿El problema es relacionado con su trabajo? Sí No

Date of injury/*Fecha de herida* / /20__

Date of report to employer

Fecha de reporte al empleado / /20__

Are your first steps out of bed painful? Yes No

¿Sus primeros pasos al levantarse son dolorosos? Sí No

Do you get leg cramps during the day? Yes No

¿Tiene calambres durante el día? Sí No

Do you get leg cramps at night? Yes No

¿Tiene calambres durante la noche? Sí No

How much of your day is spent on your feet?

¿Cuanto tiempo durante el día permanece en sus pies?
_____20% _____40% _____60% _____80% _____100%

Patient Medical History

Patient Name _____

Historia Medico del Paciente

Nombre de paciente _____

Fill out this information to the best of your ability. Providing incorrect information can be dangerous to your health. Please inform our office when there are any changes in the medical information you provide.

Llene esta información a su mayor habilidad. Poniendo información incorrecta podría ser un peligro a su salud. Por favor informe nuestra oficina cuando haiga cambios en su información médica.

Do you have or have you ever been treated for:
Actualmente tiene ó lo han tratado, para lo siguiente:

- Stroke(Embolia)
- Phlebitis(Flebitis)
- Diabetes (Diabetes)
- Hepatitis (Hepatitis)
- Gout (Gota)
- Sciatica (Ciática)
- Alzheimer's (Alzheimer's)
- Epilepsy (Epilepsia)
- Glaucoma (Glaucoma)
- Asthma (Asma)
- Cancer (Cáncer)
- Heart Attack (Ataque de Corazón)
- Vascular Disease (Enfermedad Vasculares)
- Poor Circulation (Mala Circulación)
- Liver Disease (Enfermedad del hígado)
- Arthritis (Artritis)
- Rheumatic Fever (Fiebre Romatica)
- Keloid/Tic Scar (Cicatriz Gruesa ó dolorosa)
- Nerve Disorder (Desorden Nervioso)
- Kidney Disease (Enfermedad del Riñon)
- Lung Disease (Enfermedad del Pulmón)
- Stomach Ulcer (Ulcera Estomacal)
- High Blood Pressure (Alta Presión)
- A Heart Condition (Condición del Corazón)
- Headaches (Dolores de cabeza)
- Osteoporosis (Osteoporosis)
- Anemia (Anemia)
- Lyme's Disease (Enfermedad de Lyme)
- Hearing/Ear Disorder (Desorden del Oído)
- Psychiatric Disorder (Desorden Psiquiátricos)
- Thyroid Problem (Problema de la tiroides)
- Tuberculosis (Tuberculosis)
- None of these (Ninguno de estos)

Allergies (Alergias)

History of skin reaction or other adverse reaction to:

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|--|
| Yes | No | If yes, what happens? |
| Si | No | Que sucede? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Penicillin (Penicilina) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Other antibiotics(Otros antibióticos) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Morphine (Morfina) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Codeine (Codina) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Demerol (Demerol) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Other narcotics (Otros Narcóticos) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Novocaine(Novocaína) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Other Anesthetics(Otras Anestias) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Aspirin (Aspirina) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Empirin, Tylenol (Tylenol) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Advil, Aleve, or Motrin |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Sulfa Drugs (Drogas de Sulfa) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Adhesive Tape (Cinta Adhesiva) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Other drugs/medications
(Otras drogas/medicamentos) |

Known food allergies

(Alimentos que causen alergias)

- # of childbirths (# de partos) _____
- Are you currently pregnant? (¿Está embarazada?) _____
- Are you slow to heal after cuts?
¿Tarda mucho en cicatrizar? _____
- Any abnormal bruising, bleeding or scarring?
¿Algún sangramento, moretones o cicatrizas abnormal? _____
- ¿Do you Smoke Now? (¿Fuma?) _____
- Packs/día(¿Paquetes/día?) _____
- Years(Años) _____
- Did you ever smoke? (¿Alguna vez a fumaba?) _____
- Packs/day(¿Paquetes/día?) _____ Years(Años) _____
- When did you quit?(¿Cuándo dejo de fumar?) _____
- Alcoholic beverages?(¿Bebidas alcohólicas?)
- | | | | | |
|--------|-------------|------------|----------|---------|
| None | Rarely | Moderately | Daily | Quit |
| (Nada) | (Raramente) | (Moderado) | (Diario) | (Dejar) |
- Recreational Drugs? (¿Drogas Recreativas?)
- | | | | | |
|--------|-------------|------------|----------|---------|
| None | Rarely | Moderately | Daily | Quit |
| (Nada) | (Raramente) | (Moderado) | (Diario) | (Dejar) |

Medications (Medicamentos)

Dose? How Often? For Treatment of?
¿Dosis? ¿Cada cuando? ¿Para tratamiento de?

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Are you taking as prescribed? Yes No

¿Esta tomando come recetado? Sí No

Are you taking Insulin? Yes No

¿Esta tomando Insulina? Sí No

If yes, list (Y sí, indique): _____

Do you have vascular grafts? (¿Tiene usted gráficos vasculares?) _____

Do you have joint implants?

¿Tiene usted injertos en las coyunturas? _____

Do you have Heart replacement valves?

¿Tiene usted repuesto de válvulas del corazón? _____

Are you now under active chemotherapy?

¿Esta debajo de quimioterapia activa? _____

Have you had any other serious illness?

¿Ha tenido algún otra enfermedad seria? _____

Have you had any surgery? Yes No

¿Ha tenido alguna cirugía? Sí No

Have you ever been hospitalized or been

under medical care over 24 hours? Yes No

¿Ha estado hospitalizado/a o debajo de atención medica? Sí No

Had surgery for: on date of: complications:

Tuvo cirugía por: en fecha de: complicaciones:

For Doctor's Use (Para uso del doctor)

*Patient was assisted in completion of this record by or was unable to complete without the help of: _____ *Translation was done by _____ in Spanish.

*Additional information obtained from Family/Caregivers and/or Physicians _____ Previous Medical Records were reviewed.

Lab Reports X-rays brought by patient from _____ were reviewed. Elaborations: _____

I have reviewed the information provided above _____ / / _____ See Additional Documentation

Doctor's Signature