

Cuestionario sobre la Enfermedad Arterial Periférica (EAP)

Fecha de hoy	Día:	Mes:	Año:
Iniciales del paciente	Nombre:	2.º nombre:	Apellido:
	Edad (años)	Sexo: ☐ Masculine ☐ Femenino	

LAS RESPUESTAS A LAS SIGUIENTES PREGUNTAS AYUDARÁN A DETERMINAR SI USTED ES UN PACIENTE CON RIESGO DE EAP Y SI UN EXAMEN VASCULAR PUEDE AYUDAR A EVALUAR MEJOR SU ESTADO DE SALUD VASCULAR

- ¿Experimenta dolor en las piernas o los pies mientras descansa? ☐ Si ☐ No
- ¿Tiene dolor incomodo, cansancio, hormigueo o calambres en los pies, las nalgas, las pantorrillas, las caderas o los muslos al caminar o hacer ejercicio? ☐ Si ☐ No
- Si la respuesta a la pregunta 2 es afirmativa, ¿desaparece el dolor cuando deja de caminar o hacer ejercicio? ☐ Si ☐ No
4. ¿Sus pies se ponen pálidos, azulados o cambian de color en cualquier momento cuando se los quita? ☐ Si ☐ No
- ¿Ha tenido una infección, herida en la piel o ulcera en la pierna o el pie que tarda en sanar en las ultimas 8-12 semanas? ☐ Si ☐ No
- ¿Tiene colesterol alto u otros problemas de lípidos (grasas) altos o necesita medicamentos para el colesterol? ☐ Si ☐ No
- ¿Tiene presión arterial alta o toma medicamentos para reducir la presión arterial? ☐ Si ☐ No
- ¿Tiene diabetes? ☐ Si ☐ No
- ¿Tiene antecedentes de enfermedad renal crónica? ☐ Si ☐ No
- ¿Fuma actualmente o ha fumado alguna vez? ☐ Si ☐ No
- ¿Tiene antecedentes de accidente cerebrovascular o de accidente isquémico transitorio (AIT)? ☐ Si ☐ No
- ¿Tiene antecedentes de enfermedades cardíacas (ataque al corazón IM)? ☐ Si ☐ No
- ¿Tiene antecedentes de estenosis carotídea, AAA (aneurisma de la aorta abdominal) y/o colocación de un stent? ☐ Si ☐ No



DR. STUART FELDMAN

Practice: _____ Todays Date: _____

Nombre: _____ DOB: _____ Chart Number: _____
Sex: ☐ M ☐ F Marital Status: ☐ Soltera ☐ Casado ☐ Viudo ☐ Divorciada SS#: _____
E-mail: _____ Nombre del conyugapareja: _____
Nombre de emergencia: _____ Telefono: _____
Direccion: _____ Ciudad: _____ Estado: _____Codigo Postal: _____
Home#: _____ Cell#: _____ Other#: _____
Empleador: _____ Telefono: _____
Empleador direccion: _____ Ciudad: _____ Estado: _____Codigo Postal: _____

Seguro primario: _____ Eresel asegurado?: ☐ Si ☐ No

Informacion asegurada:

Nombre dal susc: _____ Relación conelasegurado: ☐ Esposofesposa ☐ nino/nina ☐ yo ☐ Other
Telefono#: _____ Sexo: ☐ hombre ☐ mujeres DOB: _____
Address: _____
Política ID: _____ Grupo ID: _____ Empleador: _____

Seguro secundario: _____ Eresel asegurado?: ☐ Si ☐ No

Insured Information

Nombre dal susc: _____ Relación conelasegurado: ☐ Esposofesposa ☐ nino/nina ☐ yo ☐ Other
Telefono#: _____ Sexo: ☐ hombre ☐ mujeres DOB: _____
Address: _____
Política ID: _____ Grupo ID: _____ Empleador: _____

Cómo te enteraste de nuestra práctica?: ☐ Médico ☐ Internet ☐ Guía telefónica ☐ Miembro de la familia
☐ amigo ☐ Other: _____

Cuál es el morivo de su visira hoy? _____

Resultado de accidente o lesión laboral? ☐ Si ☐ No

Cuánto: tiempo te ha molestado esto? _____ días ☐ semanas ☐ meses ☐ años

Qué trataMientos has probado y han sido efectivos? _____

En una escala de 1-10 O (no tengo dolor y 10 es lo peor) ¿cuál es tu nivel de dolor?? _____/10

La calidad del dolor es: ☐ ardiente ☐ constante ☐ aburrido ☐ agudo ☐ disparo
☐ palpitante ☐ hormigueo ☐ Other: _____

PLEASE READ AND SIGN:

The above is information is correct to the best of my knowledge, I understand that throughout my treatment, I am responsible for the notifying the physician and/or medical of any and all updates to the information listed above.

Patient Signature: _____ Date: _____



DR. STUART FELDMAN

Practice: _____ Todays Date: _____

Nombre: _____ Chart #: _____ Date of birth: _____
Ethnicity: ☐ Hispanic or Latino ☐ Not Hispanic or Latino ☐ Declined to specify
Race: ☐ Asian ☐ American Indian or Alaska Native ☐ Black or African American
☐ White ☐ Native Hawaiian or other Pacific Islander ☐ Declined to specify
Idioma preferido: _____ ☐ Declined to specify
Nombre de farmacia: _____ Teléfono de farmacia: _____
Dirección de farmacia: _____ City, State, Zip: _____
Médico de atención primaria: _____ Telefono: _____ Date Last Seen: _____
Dirección: _____
Médico remitente: _____ Telefono: _____ Date Last Seen: _____
Dirección: _____

Privacy Information Preferences

Do you want to be exempt from public reporting? ☐ Yes ☐ No Can we send mail to the address on file? Can we call ☐ Yes ☐ No
the phone number on file? ☐ Yes ☐ No Can we leave voicemail on machine? ☐ Yes ☐ No
Will you allow us to send internet based (e-mail) delivery of reminders and newsletters? ☐ Yes ☐ No
If yes, please provide your e-mail address: _____
Who can we leave messages with? ☐ Wife ☐ Husband ☐ Daughter ☐ Son ☐ Other: _____
Name(s): _____

Estado de fumar

☐ Current Every Day ☐ Smoker, Current Status Unknown
☐ Current Some Day ☐ Heavy Tobacco ☐ Unknown If Ever
☐ Former ☐ Never ☐ Light Tobacco ☐ Decline to answer

Vital Signs

Blood Pressure _____ / _____
Height: _____ Weight: _____

Medicamentos actuales

☐ No Known Medications ☐ I take the following medications:
Name/ Dose: _____
Name/ Dose: _____
Name/ Dose: _____
Name/ Dose: _____
Name/ Dose: _____
Name/ Dose: _____
Use the back of this form if more room is needed

Alergias

☐ Sin alergías conocidas ☐ No Known Drug Allergies
Name/ Dose: _____
Name/ Dose: _____
Name/ Dose: _____
Name/ Dose: _____
Name/ Dose: _____
Name/ Dose: _____
Name/ Dose: _____

Fecha de la última vacuna contra la gripe: _____ Recibiste una vacuna antitetánica? ☐ Yes ☐ No

PLEASE READ AND SIGN: The information on my intake form(s) is correct to the best of my knowledge. I understand that throughout my treatment, I am responsible for notifying the physician and/or medical staff of any and all updates to the information listed above. (Assignment of Benefits): I authorize payment of medical benefits to the practice named above. (Release of Information): I authorize the release of any medical information necessary to process this claim. (HIPAA Privacy): I acknowledge that I received my HIPAA Privacy Practices Notice. (Medication History): I authorize the Doctor's office to retrieve my medication history.

Patient Signature: _____ Date: _____



DR. STUART FELDMAN

Historia y fisica

Nombre: _____ Chart #: _____ Date of birth: _____

Historial médico: ☐ Alcoholism ☐ Blood disorders ☐ Circulation problems ☐ Musculoskeletal ☐ Breathing issues
☐ Liver ☐ Sleep apnea ☐ Gout ☐ Allergies ☐ Heart disease ☐ Asthma
☐ Heart murmur ☐ Stomach/bowel ☐ Depression ☐ Anxiety disorder ☐ Mental illness ☐ Kidney disease
☐ Blood clot ☐ Cancer ☐ Hepatitis ☐ High cholesterol ☐ High blood pressure
☐ Neuropathy (specify) _____ ☐ Thyroid disease (specify) _____
☐ Diabetes (type 1, type 2) _____ ☐ Arthritis (specify) _____ ☐ HIV ☐ CVA
☐ Skin disorders ☐ Stroke ☐ Other (specify) _____
Estás embarazada? ☐ Yes ☐ No Estás amamantando? ☐ Yes ☐ No

Historia quirúrgica ☐ None ☐ Appendectomy ☐ C-Section ☐ Angioplasty ☐ Bypass ☐ Cataracts ☐ Cholecystectomy

Have you ever had any surgical procedures on foot/ankle or anywhere else on your body? ☐ Yes ☐ No

If yes, please describe: _____

Do you have any artificial joints? ☐ Yes (where? _____) No Do you have an artificial heart valve? ☐ Yes ☐ No

Historia social Do you smoke? ☐ Yes ☐ No If yes how many packs per day? ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 For how long? _____
Do you drink alcohol? ☐ Yes, everyday (5-7 days/week) ☐ Yes, occasionally/socially ☐ No/Rarely
Substance abuse: ☐ Yes, I have a current substance abuse problem. Please specify: _____
☐ Yes, I had a past substance abuse problem. Please specify: _____
☐ No, I have never had a substance abuse problem
What is your occupation? _____ Does it involve mostly ☐ standing or Do ☐ sitting
you exercise regularly? ☐ No, I do not exercise regularly ☐ Yes, I do the following regular exercise: _____

Historia familiar Is there any family history (blood relative) of: (Please indicate family member)

☐ Alzheimer's _____ ☐ Depression _____ ☐ Arthritis _____
☐ Diabetes _____ ☐ Bleeding disorders _____ ☐ Emphysema _____
☐ Blood clot _____ ☐ Heart disease _____ ☐ Cancer _____
☐ High Blood Pressure _____ ☐ Cataracts _____ ☐ Neurological _____
☐ Circulation problems _____ ☐ Strokes _____ ☐ Other (specify): _____

Review of Systems	Please check the box if you currently have any of these symptoms or check "NONE"					
Cardiovascular	☐ leg pain when walking ☐ fainting	☐ fever ☐ palpitations	☐ chest pain/pressure ☐ vascular disease	☐ leg swelling ☐ valve problems	☐ cold hands/feet ☐ NONE	
Genitourinary	☐ blood in urine ☐ decreased frequency	☐ hesitancy ☐ excessive urination	☐ incontinence ☐ kidney disease	☐ increased urgency ☐ kidney stones	☐ NONE	
Gastrointestinal	☐ abdominal pain ☐ diarrhea	☐ heartburn ☐ trouble swallowing	☐ blood in stool ☐ decrease appetite	☐ vomiting ☐ increase appetite	☐ ulcers ☐ constipation ☐ NONE	
Integumentary	☐ athletes foot	☐ nail abnormalities	☐ keloids	☐ itchiness	☐ dry, scaly skin	☐ NONE
Hematologic	☐ lower leg ulcers	☐ sickle cell disease	☐ anemia	☐ blood thinners	☐ clotting disorders	☐ NONE
Neurological	☐ tingling ☐ tremors	☐ weakness ☐ paralysis	☐ seizures ☐ NONE	☐ numbness	☐ headaches	
Musculoskeletal	☐ back pain ☐ sciatica	☐ joint swelling ☐ joint stiffness	☐ muscle weakness ☐ joint pain	☐ muscle pain ☐ joint instability	☐ neck pain ☐ arthritis	☐ NONE
Respiratory	☐ chest pain ☐ shortness of breath	☐ wheezing	☐ COPD ☐ emphysema	☐ coughing ☐ NONE	☐ snoring	

PLEASE READ AND SIGN

The above information is correct to the best of my knowledge. I understand that throughout my treatment, I am responsible for notifying the physician and/or medical staff of any and all updates to the information listed above.

Patient Signature: _____ Date: _____

STUART M. FELDMAN, D.P.M., A.P.C.

Medical & Surgical Treatment of the Foot

Main Office: 8955 S. Pecos Rd., Suite 2B Henderson, NV 89074

Phone: 702-407-2548 / Fax: 702-407-2549

Para obtener más información sobre sus derechos de privacidad o si tiene preguntas que desea que se respondan sobre sus derechos de privacidad (según lo dispuesto en la Regla de privacidad Sección 164.52 (i) (2) (ii), puede comunicarse con el oficial de privacidad de la Práctica:

Lori Feldman
P.O.Box 33729
Las Vegas, NV 89133
702-407-2548

Requisitos de la Práctica

La práctica

- La ley federal me exige mantener la privacidad de su PHI y proporcionarle el Aviso de privacidad que detalla los deberes legales y las prácticas de privacidad de la práctica con respecto a su PHI.
- En virtud de la regla de privacidad, la ley estatal puede exigirle que otorgue un mayor acceso o mantenga mayores restricciones sobre el uso o la divulgación de su PHI que las previstas por la ley federal.
- Está obligado a cumplir con los términos de este Aviso de Privacidad.
- se reserva el derecho de cambiar los términos de este Aviso de privacidad y hacer que las nuevas disposiciones del Aviso de privacidad sean efectivas para toda su PHI que mantiene.
- Le distribuirá cualquier Aviso de privacidad revisado antes de su implementación.
- No tomará represalias contra usted por presentar una queja.

Fecha Efectiva

Este aviso es efectivo a partir del 1 de enero de 2026.

Reconocimiento del paciente

Al firmar mi nombre a continuación, reconozco recibo de una copia de este Aviso (si se solicita) y mi comprensión y acuerdo con sus términos.

Firma del paciente

Fecha

STUART M. FELDMAN, D.P.M., A.P.C.

Medical & Surgical Treatment of the Foot

Office: 8955 S. Pecos Rd., Suite 2B Henderson, NV 89074

Phone: 702-407-2548 / Fax: 702-407-2549

Aviso de deducible de Medicare, Medicaid y seguro privado 01/01/2026 - 12/31/2026

Considere este reconocimiento firmado/fechado como mi promesa de pagar cualquier cargo incurrido por el tratamiento de Stuart M. Feldman, D.P.M., A.P.C. si mi deducible anual no ha sido alcanzado (pagado) o el tratamiento NO está cubierto por mi seguro.

Firma del Paciente:

Fecha:

Nombre impreso del paciente:

STUART M. FELDMAN, D.P.M., A.P.C.*Medical & Surgical Treatment of the Foot**Website: feldmanpodiatry.com*

Henderson Office:
8955 South Pecos Rd., Suite 2B
Henderson, NV 89074

Tel. (702) 407-2548 : Fax: (702) 407-2549 : stuartfeldmandpm@yahoo.com

FORMULARIO DE SOLICITUD DE REGISTROS MÉDICOS

Nombre del paciente: _____

DOB: _____ SS# _____

Phone#: _____ Driver's Lic. _____

Information to be released:

☐ Copia de registros médicos completos

☐ Resumen de alta

☐ Historia y fisica

☐ Informe Operativo

A fin de: _____

Signed: _____

Patient or Patient of Representative

Relationship to Patient: _____ Date: _____

Note to the Recipient of Information: The information has been disclosed to you from records whose confidentiality is protected by Federal Law, Federal Regulations prohibit you from making and further disclosure of the information without specific written authorization of the person to whom it pertains, or as otherwise permitted by such regulation. A-general authorization for the release of medical or other information is not sufficient for The purpose,