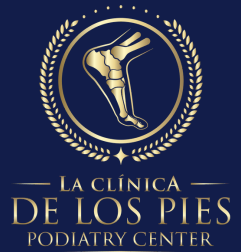


LA CLINICA DE LOS PIES

Patient Intake Form

Formulario de Admisión del Paciente



PATIENT INFORMATION

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Date: (Fecha)

Patient's last name: (Apellido)

First: (Nombre)

Middle: (Segundo)

Birth date: (Fecha de Nacimiento)

Age: (Edad)

Gender: (Género)

☐ Male (Masculino)

☐ Female (Femenino)

SSN: (Número de Seguro Social)

Phone#: (Numero de Telefono)

Cell#: (Numero de Celular)

Email: (Correo electronico)

Street Address: (Direccion)

Apt/Unit #: (Apartamento)

City: (Ciudad)

State: (Estado)

Zip Code: (Código postal)

Employer: (Empleador)

Employer phone: (Telefono del empleador)

Referred by: (Referido por)

Drivers License: (Numero de Licencia)

INSURANCE INFORMATION

INFORMACIÓN DEL SEGURO

☐ Insured (Asegurado) ☐ Uninsured (No Asegurado)

Primary Doctor Name: (Doctor primario)

Phone Number: (Numero de Telefono)

Fax no.: (Telefono de fax)

Person responsible for bill: (Persona responsable de cuenta)

Phone: (Telefono)

Address if different from above: (Direccion diferente de arriba)

Birth date: (Fecha de Nacimiento)

Primary Insurance: (Seguro del primario)

Secondary Insurance: (El nombre de seguro secundario)

IN CASE OF EMERGENCY

EN CASO DE EMERGENCIA

Name: (Contacto de emergencia)

Relationship: (Relacion)

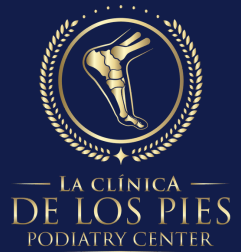
Home Phone: (Telefono de casa)

Work Phone: (Telefono del Trabajo)

LA CLINICA DE LOS PIES

Patient Intake Form

Formulario de Admisión del Paciente



REASON FOR VISIT MOTIVO DE LA VISITA

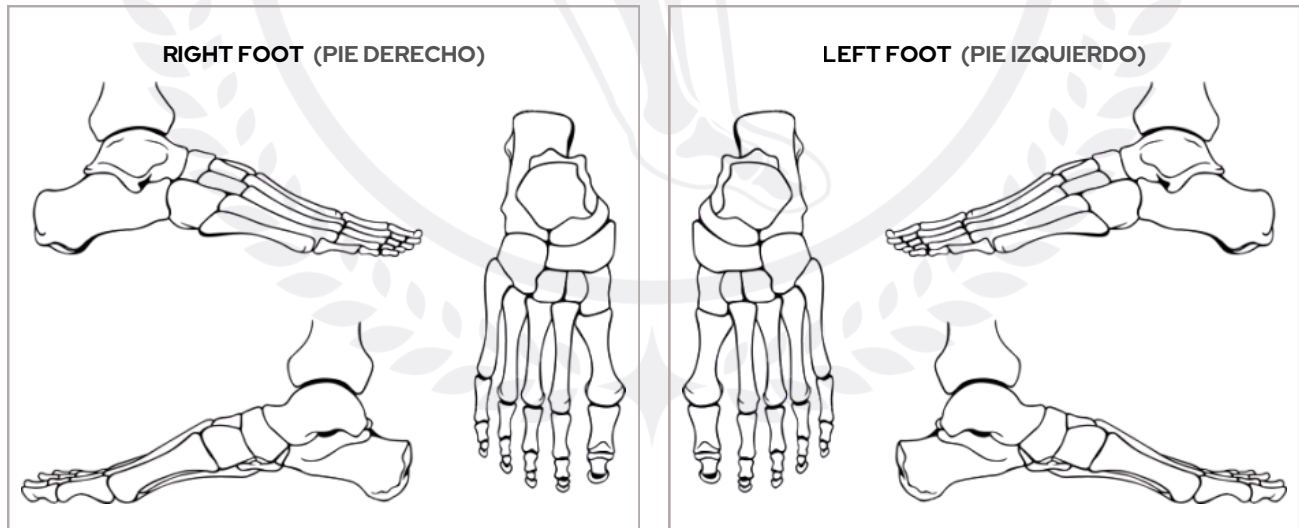
Please briefly describe your main concern: (Por favor, describa brevemente su principal preocupación)

Date of injury or symptom onset: (Fecha de la lesión o inicio de los síntomas)

Describe your symptoms: (Describa sus síntomas)

- | | | | |
|---|--|--|---|
| ☐ Pain (Dolor) | ☐ Swelling (Hinchazón) | ☐ Numbness (Entumecimiento) | ☐ Tingling (Hormigueo) |
| ☐ Burning (Ardor) | ☐ Dull (Sordo) | ☐ Sharp (Agudo) | |
| ☐ Pain with activity (Dolor con actividad) | ☐ Pain at Res (Dolor en reposo) | | |
| ☐ Other: (Otro) | | | |

Please circle problem area: (Circule el area del problema)



Length of problem: (Duración del problema)

- | | | | |
|--------------------------------------|--|---|---------------------------------------|
| ☐ Days (Días) | ☐ Weeks (Semanas) | ☐ Months (Meses) | ☐ Years (Años) |
|--------------------------------------|--|---|---------------------------------------|

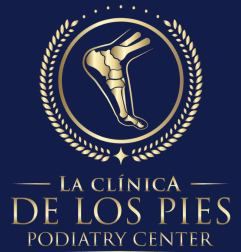
Previous treatments: (Tratamientos anteriores)

- | | | | |
|--|--|---|--|
| ☐ None (Ninguno) | ☐ Orthotics (Ortesis) | ☐ Medication (Medicamento) | ☐ Physical Therapy (Terapia física) |
| ☐ Injection (Inyección) | ☐ Surgery (Cirugía) | | |
| ☐ Other: (Otro) | | | |

LA CLINICA DE LOS PIES

Patient Intake Form

Formulario de Admisión del Paciente



PAST MEDICAL / HEALTH HISTORY

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

- | | | | |
|---|---|---|--|
| ☐ Arthritis (Artritis) Type: (Tipo) | ☐ Rheumatoid (Reumatoide) | ☐ Osteo (Osteoarthritis) | ☐ Degenerative (Degenerativa) |
| ☐ Diabetes (Diabetes) | ☐ Type I DM (Tipo I DM) | ☐ Type II DM (Tipo II DM) | |
| ☐ Cancer (Cáncer) Type: (Tipo) | <input type="text"/> | | |
| ☐ Artificial Heart Valve (Válvula cardíaca artificial) | ☐ Asthma (Asma) | | |
| ☐ Circulation Problems (Problemas de circulación) | ☐ Congestive Heart Failure (Insuficiencia cardíaca congestiva) | | |
| ☐ Epilepsy (Epilepsia) | ☐ Fainting (Desmayos) | ☐ Fibromyalgia (Fibromialgia) | |
| ☐ Gout (Gota) | ☐ Heart Problems (Problemas cardíacos) | ☐ Hepatitis (Hepatitis) | |
| ☐ HIV/AIDS (VIH/SIDA) | ☐ Hypotension (Hipotensión) | ☐ Hypertension (Hipertensión) | |
| ☐ Kidney Dysfunction (Disfunción renal) | ☐ Liver Disease (Enfermedad hepática) | ☐ Low Back Pain (Dolor lumbar) | |
| ☐ Neuropathy (Neuropatía) | ☐ Obesity (Obesidad) | ☐ Respiratory Problems (Problemas respiratorios) | |
| ☐ Stroke (Derrame cerebral) | ☐ Unexplained Weight Loss (Pérdida de peso inexplicable) | | |
| ☐ Other: (Otro) | <input type="text"/> | | |

ALLERGIES

ALERGIAS

☐ None (Ninguno)

- | | | |
|---|--|--|
| ☐ Adhesive/Tape (Adhesivo/Cinta) | ☐ Anti-Inflammatories (Antiinflamatorios) | ☐ Aspirin (Aspirina) |
| ☐ Codeine (Codeína) | ☐ Iodine (Yodo) | ☐ Latex (Látex) |
| ☐ Local Anesthetic (Anestesia local) | ☐ Novocain (Novocaína) | ☐ Penicillin (Penicilina) |
| ☐ Sulfa (Sulfa) | ☐ Seafood (Mariscos) | |
| ☐ Other: (Otro) | <input type="text"/> | |

SURGICAL HISTORY

HISTORIAL QUIRÚRGICO

☐ None (Ninguno)

Past Surgeries or Complications (Cirugías previas o complicaciones)

Date (Fecha)

CURRENT / ACTIVE MEDICATIONS

MEDICAMENTOS ACTUALES / ACTIVOS

☐ None (Ninguno)

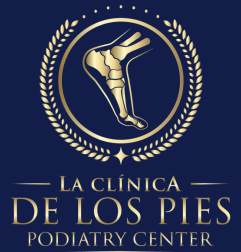
Medication (Medicamentos)

Dosage (Dosis)

LA CLINICA DE LOS PIES

Patient Intake Form

Formulario de Admisión del Paciente



FAMILY HISTORY

HISTORIA FAMILIAR

	Alive (Vivo[a])	Deceased (Fallecido[a])	Unknown (Desconocido[a])
Father (Padre)	☐	☐	☐
Mother (Madre)	☐	☐	☐

Conditons: (Condiciones)

	Diabetes (Diabetes)	Hypertension (Hipertensión)	Heart Disease (Enfermedad cardíaca)	Stroke (Derrame cerebral)	Mental Illness (Enfermedad mental)	Cancer (Cáncer)
Father (Padre)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Mother (Madre)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Sibling (Hermano[a])	☐	☐	☐	☐	☐	☐

SOCIAL HISTORY

HISTORIA SOCIAL

Smoking: (Tabaquismo)

Smoking status: (Estado)

- ☐ Current (Actual)
- ☐ Former (Exfumador)
- ☐ Never (Nunca)

If current: How often? (Si actual, Frecuencia)

- ☐ Every day (Diario)
- ☐ Some days (Algunos días)

Cigarettes per day: (Cigarrillos por día)

- ☐ 1-5 ☐ 11-20
- ☐ 6-10 ☐ 20+

Quit interest: (Interés en dejar)

- ☐ Yes (Sí)
- ☐ Maybe (Tal vez)
- ☐ No (No)

Alcohol: (Alcohol)

Alcohol past year use? (Alcohol ultimo año) ☐ Yes (Sí) ☐ No (No)

If yes, Frequency: (Si sí, Frecuencia)

- ☐ Monthly or less (Mensual o menos)
- ☐ 2-4 times per month (2-4 veces por mes)
- ☐ 2-3 times per week (2-3 veces por semana)
- ☐ 4 or more times per week (4 o más veces por semana)

Drinks/day: (Bebidas por día)

- ☐ 1-2 ☐ 5-6 ☐ 10+
- ☐ 3-4 ☐ 7-9

6+ drinks: (6+ bebidas en una ocasión)

- ☐ Never (Nunca)
- ☐ <Monthly (Menos de 1 vez/mes)
- ☐ Monthly (Mensual)
- ☐ Weekly (Semanal)
- ☐ Daily/almost daily (Diario o casi diario)

Weight: (Peso)

Height: (Altura)

Date of Last Influenza Vaccination: (Fecha de la última vacuna contra la influenza)

Women only: (Solo para mujeres)

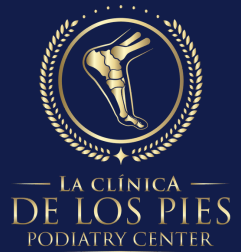
Are you pregnant? (¿Está embarazada?) ☐ Yes (Sí) ☐ No (No)

Are you breast feeding? (¿Está amamantando?) ☐ Yes (Sí) ☐ No (No)

LA CLINICA DE LOS PIES

Patient Intake Form

Formulario de Admisión del Paciente



REVIEW OF SYSTEMS

REVISIÓN DE SISTEMAS

Please select any symptoms you have had in the past 3 months.

(Por favor seleccione cualquier síntoma que haya tenido en los últimos 3 meses.)

General: (General)

- ☐ Chills (Escalofríos)
- ☐ Fatigue (Fatiga)
- ☐ Fever (Fiebre)
- ☐ Weight Gain (Aumento de peso)
- ☐ Weight Loss (Pérdida de peso)

Head: (Cabeza)

- ☐ Headache (Dolor de cabeza)
- ☐ Neck Pain (Dolor de cuello)
- ☐ Hearing Problems (Problemas de audición)
- ☐ Visual Problems (Problemas de visión)

Endocrine: (Endocrino)

- ☐ Changes in Hair/Skin Textures (Cambios en el cabello/piel)
- ☐ Cold Intolerance (Intolerancia al frío)
- ☐ Excessive Sweating (Sudoración excesiva)
- ☐ Heat Intolerance (Intolerancia al calor)
- ☐ Hot Flashes (Sofocos)

Respiratory: (Respiratorio)

- ☐ Cough (Tos)
- ☐ Pain on Breathing (Dolor al respirar)
- ☐ Shortness of Breath (Falta de aire)
- ☐ Wheezing (Sibilancias)

Cardiovascular: (Cardiovascular)

- ☐ Chest Pain (Dolor en el pecho)
- ☐ Dizziness (Mareo)
- ☐ Leg Pain when Walking (Dolor en las piernas al caminar)
- ☐ Palpitations (Palpitaciones)

Gastrointestinal: (Gastrointestinal)

- ☐ Abdominal Pain (Dolor abdominal)
- ☐ Change in bowel habits (Cambios intestinales)
- ☐ Difficulty Swallowing (Dificultad para tragar)
- ☐ Heartburn (Acidez)

Hematology: (Hematológico)

- ☐ Abnormal Bleeding (Sangrado anormal)
- ☐ Blood Clots (Coágulos de sangre)
- ☐ Bruising (Moretones)
- ☐ Delayed Healing (Cicatrización lenta)

Urinary: (Urinario)

- ☐ Blood in Urine (Sangre en la orina)
- ☐ Frequent Urination (Orinar con frecuencia)
- ☐ Incontinence (Incontinencia)
- ☐ Painful Urination (Dolor al orinar)

Musculoskeletal: (Musculoesquelético)

- ☐ Cramping (Calambres)
- ☐ Joint Stiffness (Rigidez articular)
- ☐ Painful Joints (Dolor en las articulaciones)
- ☐ Swollen Joints (Articulaciones inflamadas)
- ☐ Weakness (Debilidad)

Skin: (Piel)

- ☐ Itching (Picazón)
- ☐ Rash (Erupción)
- ☐ Skin Lesion(s) (Lesiones en la piel)
- ☐ Wounds/Ulcers (Heridas/úlceras)

Neurologic: (Neurológico)

- ☐ Paralysis (Parálisis)
- ☐ Seizures (Convulsiones)
- ☐ Tingling/Numbness (Hormigueo/entumecimiento)
- ☐ Tremor (Temblor)

Psychiatric: (Psiquiátrico)

- ☐ Anxiety (Ansiedad)
- ☐ Depressed Mood (Estado de ánimo deprimido)
- ☐ Insomnia (Insomnio)
- ☐ Memory Loss (Pérdida de memoria)