**Kara L. Gordon, D.P.M., M.B.A.**

**Douglas RHC**

100 E. 5th St. Douglas, AZ 85607

Phone: 520-805-6800

Fax: 520-364-8541

**Palominas RHC**

10524 E. Hwy 92, Palominas, AZ 85615

Phone: 520-366-0300

Fax: 520-366-9841

Nombre de Paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Teléfono de casa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Numero alternativo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Nuestros Empleados de Oficina le Pueden dejar mensaje de voz acerca de sus citas, preguntas sobre su cuenta o prescripciones medicas? ☐ SI ☐ NO

Por favor agregue los nombres de personas a las cuales nuestro personal de oficina de oficina tiene permiso, autorizado por usted, que le puedan brindar información:

Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Nombre de la persona Responsable:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Firma del Responsable:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Consentimiento Medico**

Nuestro systema puede transferir sus prescripciones medicas directamente de su farmacia cuando esta disponible. Por favor firme abajo dándonos su consentimiento.

Firma de paciente/Guardian: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Kara L. Gordon, D.P.M., M.B.A.**

**Douglas RHC**

100 E. 5th St. Douglas, AZ 85607

Phone: 520-805-6800

Fax: 520-364-8541

**Palominas RHC**

10524 E. Hwy 92, Palominas, AZ 85615

Phone: 520-366-0300

Fax: 520-366-9841

Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Doctor principal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Farmacia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tala de calzado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Alergias:** ☐Ninguno tipo ☐Penicilina ☐Morfina ☐Cinta\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ☐Sulfas ☐antibióticos\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ☐Cualquier alimento\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ☐Aspirina ☐Codeína ☐Otro\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Historia Medica:** Por favor indique si actualmente tiene o tuvo alguno de estes problemas médicos.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ☐Ninguna  | ☐Diabetes Tipo 1 | ☐Hepatitis o Ictericia | ☐Osteoartritis |
| ☐Reflujo acido | ☐Diabetes Tipo 2 | ☐Alto presion sanguinea | ☐Enfermedad vascular periferica |
| ☐Anemia | ☐Neuropatia Diabetica  | ☐Colesterol alto | ☐ Problemas respiratorios |
| ☐Artritis | ☐Dialisis | ☐VIH | ☐Artritis reumatoide |
| ☐Asma | ☐Epilepsia | ☐Enfermedad del rinon | ☐Anemia drepanocitica |
| ☐Problemas de espalda | ☐Fibromialgia | ☐Calculos renales | ☐Enfermedad de la piel |
| ☐Trastornos hemorragicos | ☐Ulceras gastricas | ☐Ulcera/dolor en la pierna o el pie | ☐ Enfermedad del tiroides |
| ☐Problema oseo/muscular | ☐Gota | ☐Enfermedad del higado | ☐Tuberculosis |
| ☐Cancer | ☐Lesion en la cabeza/cerebro | ☐Presion arterial baja | ☐Enfermedad varicosa |
| ☐ Problemas circulatorios | ☐Personas con discapacidad auditiva | ☐Lupus | ☐ Enfermedad venerea |
| ☐EPOC | ☐Hemofilia | ☐Problemas de salud mental | ☐Otro: |
| ☐Actualmente Embarazada | ☐Enfermedad del Corazón  | ☐Esclerosis multiple |  |

**Cirugías pasadas:** ☐ Nada ☐ Ver adjunto **Historia social:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ocupación: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Consumo de tabaco: ☐Nunca ☐Pasado ☐Actual-Cuanto? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Consumo de alcohol: ☐No ☐Si- En ocasiones ☐Diario

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Uso de drogas ilícitas: ☐Nunca ☐Pasado ☐Actualmente-Que? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Historia familiar** (Si hay antecedents familiares, tenga en cuenta quien junto a la condición.)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ☐ Sin problemas medicos | Diabetes | Ulceras en piernas o pies |
| ☐ No se | Gota | Problemas hepaticos |
| Artritis | Enfermedad del Corazón | Problemas respiratorios |
| Cancer | Alta presion sanguinea | Carrera |
| Problemas circulatorios | Problemas de rinon | Anemia drepanocitica |

**Medicamentos actuales:** ☐Ninguno ☐Ver adjunto

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Kara L. Gordon, D.P.M., M.B.A.**

**Douglas RHC**

100 E. 5th St. Douglas, AZ 85607

Phone: 520-805-6800

Fax: 520-364-8541

**Palominas RHC**

10524 E. Hwy 92, Palominas, AZ 85615

Phone: 520-366-0300

Fax: 520-366-9841

Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Revisión de sistemas:** Por favor marque los artículos en cada categoría que AHORA aplicar a usted.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **General** ☐Fatiga☐Fiebre☐Sudores nocturnos☐Cambio de peso reciente☐Otro | **Cardiovascular**☐Dolor de pecho☐Problemas circulatorios☐Ataque al corazón☐Problemas del corazón☐Dolor en la corazón☐Latidos rápidos☐Cansancio☐Venas varicosas☐Debilidad☐Otro | **Oídos, Nariz y Garganta**☐Dificultad para respirar☐secreción del oído☐dolor de oído☐Perdida de la audición☐Ronquera☐Hemorragia nasal☐secreción nasal☐obstrucción nasal☐Dolor de nariz☐Dolor de encías☐Dolor de garganta☐Otro | **Respiratory**☐Tos con sangre☐Flema para toser☐Respiración dificultosa☐Problemas pulmonares☐Tos persistente☐Dificultad para respirar☐Sibilancias☐Otro |
| **Ojos**☐Fatiga visual☐Dolor de ojo☐Problema de visión☐Otro | **Gastrointestinal**☐Dolor abdominal☐Eructos☐Taburete negro/ sangre☐Dificultad para targar☐Gasolina☐Hemorroides☐Indigestión ☐Poco apetito☐Vómitos☐Otro | **Genitourinario**☐Problemas de la vejiga☐Sangre en la orina☐Dificultad para orinar ☐Orina descolorida☐Micción excesiva☐Frecuencia de micción☐Dolor al orinar☐Problemas de próstata☐Otro | **Piel**☐Abrasiones☐Contusiones☐Urticaria o sarpullido☐Mala cicatrización de heridas☐Llagas/Ulceras☐Picor☐Otro |
| **Endocrine**☐Sed excesiva☐Hambre excesiva☐Otro | **Musculoesquelético**☐Esguinces frecuentes☐Dolor en las articulaciones☐Dolor muscular☐Rigidez☐Otro | **Hematológico**☐Tomar Aspirina☐Tomar Coumadin☐Otro | **Neurologico**☐Depresión☐Ansiedad☐Otro |

¿Cuál es su queja principal del pie? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Alguna vez ha tenido una cirugía de pie o tobillo? ☐ No ☐ SI: Tipo? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Quién fue tu médico de los pies? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firmas del responsable: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Kara L. Gordon, D.P.M., M.B.A.**

**Palominas RHC**

10524 E. Hwy 92, Palominas, AZ 85615

Phone: 520-366-0300

Fax: 520-366-9841

**Douglas RHC**

100 E. 5th St. Douglas, AZ 85607

Phone: 520-805-6800

Fax: 520-364-8541

Nombre de Paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Site: ☐Derecha ☐Izquierda

 Ponga “X” donde tiene dolor:

 **Interior**

 **Exterior**



 **Planta de Pie**

 **Superior**