**[](http://www.cqch.org/)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: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**[](http://www.cqch.org/)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

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

**[](http://www.cqch.org/)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: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**[](http://www.cqch.org/)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

A drawing of a bone

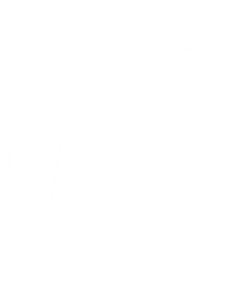
Description automatically generatedNombre de Paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Site: ☐Derecha ☐Izquierda

A drawing of a foot

Description automatically generated Ponga “X” donde tiene dolor:

**Interior**

**Exterior**



**Planta de Pie**

**Superior**