



COMPREHENSIVE FOOT & ANKLE, LLC
J. PALMER BRANCH, DPM

Patients Name/Nombre del Paciente: _____

1. Reason for visit/Razon de la visita: _____

2. When did pain/discomfort begin?(date)/Cuando comenzo la problema?(fecha): _____

3. Describe pain/discomfort: Burning Numbness Sharp Other:
 Describe el dolor/incomodidad: Quema Adormecido Punzante Otro: _____

4. What makes pain/discomfort better?
 Que mejora el dolor/ incomodidad? _____

5. What makes pain/discomfort worse?
 Que le empeora el dolor/incomodidad? _____

6. Has conditioned been treated/Ha recibido tratamiento para esta problema? Yes/Si No/No

7. What treatment and when/Que tratamiento y cuando? _____

8. Do you have or have you had any of the following illnesses/Tiene o has experienciado alguno de estas problemas?:
 ___Anemia/Anaemia ___Gout/Gota ___Arthritis/Artritis ___Hepatitis ___Diabetes ___HIV/Aids/VIH/ sida
 ___Bleeding disorders/Enfermedad de la sangre ___Heart disease/enfermedad de corazon
 ___Lung disorders/enfermedad de los pulmones ___High cholesterol/Alta colesterol ___Stroke/Derrame cerebral
 ___Prostate disorders/Enfermedad de prostata ___Mitral Valve Prolapse/Disorden del Valvula Mitral
 ___Rheumatic fever/ Fiebre Reumatica ___Nerve disorders/Enfermedad de los nervios
 ___Thyroid disorders/Enfermidad de los tiroides ___High blood pressure/Alta pression
 ___Epilepsy/Epilepsia ___Kidney disease/Enfermedad de los rinones ___Neurological disorders/Enfermedad neurologico
 ___Osteoarthritis/Osteoartritis ___Cancer _____ Other/Otro: _____

9. List all medications/herbs/vitamins/ Apunta toda los medicaciones/hierbas/vitaminas: _____ None/Ninguno

*****LIST STRENGTH OF EACH MEDICATION*****

10.Surgical History/Cirugias: ___None/Ninguno
 List all surgeries/Apunta toda cirugia: _____

11. Allergies/Alergias: ___None/Ninguno
 ___Penicillin/Penicilina ___Aspirin/Aspirina ___Shellfish/Mariscos ___Anesthesia/Anestesia ___Sulfa drugs/Sulfamidas
 ___Narcotic Agent/Codeine/Codeina ___Radiographic contrast/dyes/Medio de contraste/Tinte Other/Otro: _____

12. Social History
 ___Tobacco/Tobaco ___Alcohol use/Toma alcohol ___Caffeine use/Toma cafeina ___Recreational drug use/ Consume drogas
 ___Pregnant/Embarazada ___Nursing/Amamantar If yes how much/Cuanto: _____

13. Family history/ Historia familiar(List relationship to family member with the following conditions/apunta tu relacion al membro de tu familia)
 ___Diabetes/diabetes ___Cancer ___Bleeding disorders/Enfermedad de la sangre
 ___Mental illness/Enfermedad mental ___High blood pressure/Alta presion ___Stroke/Derrame cerebral
 ___Kidney disease/Enfermedad de los rinones ___Heart disease/Enfermedad del corazon

1. Cardiovascular: None/Ninguno

- Chest pain/dolor de pecho Heart murmur/murmullo
 Swelling in legs or ankles/Hinchazon de pierna o tobillo Heart surgery/Cirugia del corazon
 Congestive heart failure/Insuficiencia cardiaco congestiva Palpitations/Palpitation
 Leg pain with exercise/Dolor de pierna con ejercicio Heart attack/Ataque cardiaco

2. Constitutional/Constitucional: None/Ninguno

- Fever/Fiebre Chills/Resfriado Weight loss/Adelgazado Sweats/Sudor

3. Head, Eyes, Ears, Nose, and Throat: None/Ninguno

- Contacts/Lentillas Dentures/Dentadura postiza Eyeglasses/Anteojos
 Double Vision/Vision Double Ringing in Ears/Zumbido en el Oido Cataracts/Catarata
 Dizziness/Mareo Difficulty Swallowing/ Dificultad Tragando
 Neck Pain/Dolor del cuello Sore Throat/Dolor de garganta Nose Bleeds/Sangrando de la nariz

4. Endocrine/Endocrina: None/Ninguno

- Often Thirsty/Frecuencia de sed Often Urinating/Frecuencia de orinar Kidney Disease/Enfermedad del rinon
 Pancreatitis/Inflamacion de pancreas Diabetes Mellitus/Diabetes Prostate Problems/Problemas del prostata
 Thyroid Disorders/Problemas de los tiroides Renal Failure/Fallo Renal Dyslipidemia

5. Gastrointestinal: None/Ninguno

- Nausea Vomiting/Vomito Diarrhea/Diarrea Constipation/Estrenimiento
 Acid Reflux/Refujo de acido Hepatitis/Hepatitis Stomach Ulcers/Ulcer estomacal
 Decrease in Appetite.Disminucion de Apetito IBS/ Síndrome de Intestino Irritable

6. Hematological/Hematologia: None/Ninguno

- Bleeding Abnormalities/Abnormalidades de la sangre Swollen Glands/Glandulas Hinchada
 Lymphoma/Linfoma Anemia/Anaemia Lump in Groin or Armpit/Nude en el Ingle o Axila

7. Integumentary/Integumentario: None/Ninguno

- Rash/Salpullido Skin Ulcers/Ulcera de la piel Lesions/Lesion Sensitivity to the Sun/Sensitividad del Sol
 Change in skin color/Cambios en el color de la piel Growth on skin/Bulto en la piel Eczema Hair Loss/Perdida del pelo
 Recurrent Infections/Infecciones Constantes Cracking of the skin/Apertura de la piel Keloid/Cicatriz Hipertrofia

8. Musculoskeletal/Musculo-esqueléticos: None/Ninguno

- Tendonitis/Inflamacion del tendon Broken Bones/huesos partidos DJD
 Weakness of Limbs/Debilidad de los extremidades Feeling weak/Siente Debil Gout/Gota
 Joint Pain/Dolor de los Articulaciones Bursitis Multiple Sclerosis

9. Nervous System: None/Ninguno

- Migraines/Migrana Seizures/ataque de apoplejía Strokes/Derrame Cerebral
 Fainting/Desmayo Loss of balance/Perdida de equilibrio Loss of Speech/Perdida del habla
 Confusion/confusion Neuropathy/Neuropatía Speech Difficulties/Dificultades en hablar
 Nervous Disorders/Disorden Nervioso Parkinson

10. Psychiatric/Psiquiátrico: None/Ninguno

- Nervousness/Nervioso Tension/Tensión Depression/Depresión
 Dementia/Demencia Alzheimers

11. Respiratory/Respiratorio: None/Ninguno

- Shortness of Breath/falta de aliento Emphysema/Enfisema Pulmonar Cough/Tos
 Difficulty Breathing/Respiracion Dificultosa Bronchitis/Bronquitis Wheezing/Sibilancia
 Previous Pulmonary Disease/Historia Previa de Enfermedad Pulmonar Asthma/Asma
 Tuberculosis Treatment or Exposure/Tuberculosis Exposición o Tratamiento Pneumonia/Neumonía

To the best of my knowledge, the questions on this form have been accurately answered. I understand that providing incorrect information can be dangerous to my health./Las respuestas de las preguntas en estas paginas son correctas a mi conocimiento. Entiendo que responder preguntas incorrectamente puede ser peligroso a mi salud.

Patient Signature/Firma del Paciente: _____ Date/Fecha: _____