

Foot & Ankle Clinic of Central Nebraska

Patient Name/Nombre: _____ Date/Fecha: _____

Family Physician: _____ Pharmacy/Farmacia: _____

Reason for today's visit/Motivo de la visita de hoy: _____

FOR WOMEN/Para Mujeres: Are you pregnant/Está Embarazada Y / N How many months/Cuántos meses _____ Breastfeeding/Amamantando Y / N

Allergies to Medications/Alergias a los Medicamentos: _____

Medications/Medicamentos:

Surgical History/Historia Quirúrgica:

Operations/Operaciones	Approximate Year/Año Aproximado	Physician/Médico

Medical History/Historia Medica

Allergies/Hay Fever Alergias/Fiebre del Heno	Y / N	Diabetic Diabético	Y / N	Kidney Disease Enfermedad Renal	Y / N	Shortness of Breath Dificultad para respirar	Y / N
Anemia Anemia	Y / N	Gout Gota	Y / N	Liver Disease Enfermedad del Hígado	Y / N	Skin Disease Enfermedad de la Piel	Y / N
Anesthesia Problems Problemas de Anestesia	Y / N	Headaches Dolores de Cabeza	Y / N	Low Back Pain Dolor de Espalda Baja	Y / N	Stent/Pacemaker Endoprótesis/ marcapasos	Y / N
Arthritis Artritis	Y / N	Heart Disease Enfermedad de Corazón	Y / N	Lung Disease Enfermedad Pulmonar	Y / N	Stomach Ulcer Úlcera Estomacal	Y / N
Asthma Asma	Y / N	Hepatitis A, B, or C Hepatitis A, B, o C	Y / N	Mental/Emotional Disorder Enfermedad Mental/Emocional	Y / N	Stroke Derrame Cerebral	Y / N
Bleeding Tendency Tendencia al Sangrado	Y / N	HIV Positive VIH positivo	Y / N	Muscle Cramps Calambres Musculares	Y / N	Thyroid Disease Enfermedad Tiroidea	Y / N
Cancer Cáncer	Y / N	High Blood Pressure Alta Presion	Y / N	Recent Weight Loss Reciente Pérdida de Peso	Y / N		
Circulation Problems Problemas de Circulación	Y / N	Implanted Metal Metal Implantado	Y / N	Siezuers/Fainting Convulsiones/Desmayo	Y / N		

Other Illnesses or Problems Not Listed: _____

Social History/Historia Social – Circle One

Tobacco Use/Usos de Tabaco Y / N Alcohol Use/Consumo de Alcohol Y / N Recreational Drug Use/Abuso de Drogas Y / N
 Packs per day/Paquetes por Dia _____ Drinks per Day/Cantidad por Dia _____ Amount per Day/Cantidad por Dia _____

Family History/Historia Familiar

Alcoholism Alcoholismo	Y / N	Diabetes Diabetes	Y / N	Kidney Disease Enfermedad Renal	Y / N	Stroke Derrame Cerebral	Y / N
Anesthesia Problems Problemas de Anestesia	Y / N	Heart Disease Enfermedad de Corazón	Y / N	Liver Disease Enfermedad del Hígado	Y / N		
Arthritis Artritis	Y / N	High Blood Pressure Alta Presion	Y / N	Lung Disease Enfermedad Pulmonar	Y / N		
Cancer Cáncer	Y / N	Immune Disease Enfermedad inmune	Y / N	Mental/Emotional Disorder Enfermedad Mental/Emocional	Y / N		

Signature/Firma: _____ Date/Fecha: _____

Patient/Paciente or Patient's Guardian/Representante del Paciente