



TOTAL FOOT & ANKLE CENTER .

INFORMACION DEL PACIENTE

APELLIDO _____ NOMBRE _____ INICIAL _____

SEXO _____ FECHA DE NACIMIENTO _____ EDAD _____ NUMERO DE SEGURO SOCIAL _____

DIRECCION _____ CIUDAD _____ CODIGO POSTAL _____

DOCTOR PRIMARIO _____ CIUDAD _____ ULTIMA VISITA _____

PHARMACIA _____ CIUDAD _____

ESTATURA _____ PESO _____ TAMAÑO DE ZAPATO _____

NUMERO DE TELEFONO

CASA _____ CELLULAR _____ TRABAJO _____

E-MAIL _____

CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA: _____

NOMBRE _____ TELEFONO _____

EMPLEO

EMPLEADOR _____ CIUDAD _____

EN SU TRABAJO USTED ESTA: SENTADO(A) PRADO(A) SENTADO(A) Y PARADO(A)

SE REQUIERE USAR ZAPATOS ESPECIFICOS _____

SINTOMAS

NERVIOS: ARDOR ENTUMECIMIENTO INCAUTACIÓN PERDIDA DE BALANCE

PIEL: IRRITACION COMEZON SORES DE PIEL PIEL RESECA CAMBIOS DE UÑAS

ORTHOPEDICO: DOLOR DE ARTICULACIONES DOLOR DE MUSCULO CALAMBRES DE PIERNAS

DEBILIDAD DOLOR DE RODILLAS DOLOR DE ESPALDA