

Evaluación inicial

Fecha de hoy:

Nombre: Apellido:

Edad: Género: Hombre Mujer

Razón de la visita (describa en sus propias palabras)

Síntoma principal : Dolor Inflamación Deformidad Inestabilidad Otro

Si hay otro por favor enumere:

¿Cuál parte del cuerpo : Izquierda Derecha Ambas Pantorrilla Tobillo Pie Dedo gordo Talón

¿Qué aspecto de la parte del cuerpo :

Frente (anterior) Detrás (posterior) Arriba (dorsal) Debajo (plantar)

Aspecto interior (medial) Aspecto exterior (lateral)

Descripción del dolor : Sordo/molestia Agudo Ardentía Otro

Nivel de intensidad: No Dolor Leve Moderado Severo

Frecuencia: Ocasional Diario Va y viene (intermitente) Constante

Califique su nivel de dolor en la escala debajo circulando un número

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10



No Pain Mild Moderate Severe Very Severe Overwhelming

¿Durante cuánto tiempo ha tenido estos síntomas? [] días/semanas/meses/años

¿Siguieron a una caída/lesión/accidente/deportes/cirugía? Sí No

Si contestó Sí, por favor describa: []

Si es una lesión deportiva, ¿qué deporte? []

¿Qué tipos de actividades empeoran los síntomas?

(Por ejemplo, caminar/estar parado/superficie irregular/escaleras/ciertos zapatos/ciertos deportes) []

Otro: []

¿Qué cosas mejoran los síntomas?

(Por ejemplo: descanso/hielo/calor/medicamento/ciertos zapatos/terapia/nada)

Otro []

¿Ha visto a alguien sobre este problema? Sí No

Si dijo Sí, ¿a quién ha visto? []

¿Qué tratamientos ha tratado para la dolencia anterior?

[]

Si le refirieron al consultorio, ¿quién? []

Su evaluación de las condiciones que afectan su función:

Marque lo que mejor describe su estado actual de limitaciones:

- Limitación de actividad
 - Ninguna limitación
 - Ninguna limitación de actividades diarias pero limitación de actividades recreativas
 - Limitación de actividades diarias y recreativas
 - Severa limitación de actividades diarias y recreativas o uso de bastón, caminador, muletas, silla de ruedas
- Requisitos del calzado
 - A la moda, zapatos convencionales, no requiere soporte
 - Calzado cómodo y/o soporte o ortótico en el zapato
 - Zapatos o abrazadera modificados
 - N/A
- Distancia máxima caminando, cuabras
 - Más de 6 cuabras
 - 4-6
 - 1-3
 - Menos de 1
 - N/A
- Superficies para caminar
 - Ninguna dificultad en ninguna superficie
 - Alguna dificultad en superficies irregulares, escalones, inclinados, escaleras
 - Dificultad severa en superficies irregulares, escalones, inclinados, escaleras

N/A

EVALUACION INICIAL

Nombre de Paciente : _____

Fecha de Nacimiento: _____

Historia médica: (marque la caja si tiene o ha tenido últimamente cualquiera de las condiciones debajo)

Ninguna enfermedad médica

<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Anemia	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Alta presión sanguínea
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Artritis	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Hepatitis
<input type="checkbox"/> Osteoartritis	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No VIH
<input type="checkbox"/> Artritis reumatoidea	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Trastornos intestinales
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Asma	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Enfermedad del riñón
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Problemas de la espalda	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Enfermedad pulmonar
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Enfermedades de sangramiento	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Lupus
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Coágulos de sangre (Pierna inferior o pulmones)	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Parálisis
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Cáncer	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Soriasis
Tipo: _____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Accidente cerebrovascular
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Diabetes	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Enfermedad de la tiroides
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Gota	<input type="checkbox"/> Tuberculosis
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Enfermedad cardiaca	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Otro: _____
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Arteria coronaria	
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Válvula del corazón	
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Arritmia/Ritmo/tasa irregular	

Historial De Su Record Medico:

Historia quirúrgica: No he tenido cirugías

<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Apéndice	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Riñón
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Espalda/Disco	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Próstata
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Cesárea	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Tiroides
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Vesícula	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Amígdalas
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Corazón	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Cáncer (Tipo: _____)
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Histerectomía/Ovarios	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Otro: _____

Medicamentos: (Por favor enumere las medicinas, si las sabe) Ninguna

1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____
5. _____ 6. _____ 7. _____ 8. _____

Alergias a medicamentos: Ninguna conocida

Penicilina Drogas de sulfas Iodo Otra (enumere debajo)

1. _____ 2. _____ 3. _____

Historia social:

¿Fuma? No Sí Si dijo Sí, ¿cuántas cajetillas al día? _____ ¿Uso excesivo de drogas? Nunca
¿Uso de alcohol? No Ocasional Moderado a fuerte Actual
Ocupación actual: _____ Pasado

EVALUACION INICIAL

Nombre de Paciente : [REDACTED]
Fecha de Nacimiento: [REDACTED]

Historia Familiar:

<input type="checkbox"/> Estado de Salud o causa de Muerte de sus padres, hermanos y niños [REDACTED]
<input type="checkbox"/> Enfermedades Hereditarias o de alto riesgo. [REDACTED]
<input type="checkbox"/> Enfermedades relacionadas de su condicion referente a su visita actual. [REDACTED]

Revisión de sistemas:

<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Problema anterior con la anestesia Problema: [REDACTED]	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Orina con frecuencia
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Enfermedad del ojo, nariz, garganta	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Falta de aire
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Sinusitis	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Latido cardiaco anormal
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Hernia hiatal	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Fiebre o escalofríos
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Úlcera péptica	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Dolor muscular
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Enfermedad de la vesícula	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Dolor/Rigidez en otras coyunturas
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Enfermedad intestinal	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Úlceras piernas/piel
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Sangramiento intestinal	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Calambre en la pierna cuando camina
	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Enfermedad mental/Adicción

Patient Signature: [REDACTED]

Date [REDACTED]

Physician Signature: [REDACTED]

Date: [REDACTED]