



**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 experimentado 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: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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/Musculoesqueléticos:**  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: \_\_\_\_\_