



**LAKWOOD FOOT AND ANKLE SPECIALIST**  
**DR. GLENN AUFSEESER**  
**PODIATRIC PHYSICIAN AND SURGEON OF THE FOOT AND ANKLE**

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo: M/F/Otro

Direccion : \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Codigo Postal: \_\_\_\_\_

Altura: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ Doctora Primaria: \_\_\_\_\_

Telefono de casa: \_\_\_\_\_ Telefono movil: \_\_\_\_\_

Podemos dejar un mensaje en este numero? Si/No

En caso de emergencia notifique: \_\_\_\_\_ Relacion: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_

Podemos dejar un mensaje en este numero? Si/No

Nombre de la farmacia: \_\_\_\_\_ Direccion de la farmacia: \_\_\_\_\_

Por favor describa el problema del pie o tobillo para su visita de hoy: \_\_\_\_\_

Alguna vez ha ido a un podologo antes? \_\_\_\_\_

Si es asi, indique el motivo: \_\_\_\_\_

Enumere todos los medicamentos que este tomando actualmente:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Tiene alguna alergia a los siguientes?

	SI	NO		SI	NO
Mariscos			Novocaina		
Codeina			Aspirina		
Sulfa			Cinta adhesiva		
Penicilina			Cualquier otra		

Fuma usted? S/N Bebes alcohol? S/N

Lo siguiente es hereditario?

Diabetes? S/N

Golpe? S/N

Gota? S/N

Enfermedad del corazon? S/N

Coagulos de sangre? S/N

Cancer? S/N



**LAKWOOD FOOT AND ANKLE SPECIALIST**  
 DR. GLENN AUFSEESER  
 PODIATRIC PHYSICIAN AND SURGEON OF THE FOOT AND ANKLE

Marque "si" o "no" si ha tenido alguno de los siguientes sintomas?

	SI	NO		SI	NO
Ha tenido COVID-19 en el pasado? Cuando? _____			Le diagnosticaron en los ultimo 30 dias?		
Diabetes			Ulceras estomacales		
Presion arterial anormal			asma		
Artritis			Convulsions o epliepsia		
Enfermedad del rinon			Dificultad para sanar		
Enfermedad pulmonar			Hepatitis?		
Problemas del Corazon?			Cancer		
Enfermedad de tiroides			Enfermedad del higado		
SIDA/VIH			Venas varicosas		
Anemia			Angina de pecho		
Valvulas o articulaciones cardiacas artificiales			Problemas de espalda		
Trastornos hemorragicos			Problemas de los ojos		
Dolor de pecho			Problemas circulatorios		
desmayo			Calambre en el pie o en la pierna		
Gota			Dolores de cabeza		
Hemofilia			Problemas de oido		
Tratamiento de radiacion			Dificultad para respirar		
Problema de los senos nasales			golpe		
Hinchazon de pies o tobillos			Glandulas del cuello hinchadas		
Pies cansados			Perdida de peso		
Ulceras			amamantamiento		
Embarazada? Meses? _____			Sangrado anormal		



---

**LAKWOOD FOOT AND ANKLE SPECIALIST**  
*DR. GLENN AUFSEESER*  
*PODIATRIC PHYSICIAN AND SURGEON OF THE FOOT AND ANKLE*

---

**Certifico que la informacion anterior es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Doy permiso al medico para que administer y realice los procedimientos que se consideren necesarios para el diagnostico y/o tratamiento de mis pies.**

Firma del paciente \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

## **DIVULGACION DE INFORMACION MEDICA/PRACTICA DE PRIVACIDAD:**

En relacion con la atencion medica que se me brindo en la oficina del Dr. Glenn Aufseeser, salvo que lo prohíba la ley, con mi firma a continuacion, por la presente otorgo permiso para que el personal de la oficina del Dr. Aufseeser y medico tratante divulguen informacion de registros medicos a mis aseguradoras de atencion medica (incluidos Medicare u Medicaid), mis proveedores de atencion profesionales actuales y/o otros posibles proveedores de atencion medica. Esta informacion puede incluir cualquier enfermedad o historial de drogas/alcohol.

NOMBRE IMPRESO: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

FIRMA DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_ RELACION: \_\_\_\_\_