

**Podologica**

Dolor en la Bola Del Pie	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No
Dolor en el Dedo Grande	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No
Ardor en Los Pies	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No
Supuracion de Herida	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No

**Social History**

Consumo de Tabaco	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No
-------------------	--------------------------	--------------------------

**Drogas/Alcohol:**

Ha consumido alcohol en los ultimos 12 meses?	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No
---	--------------------------	--------------------------

**Antecedentes Medicos**

Artritis, Reumatoide	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No
Problemas de Sangrad	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No
SIDA/VIH	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No
hepatitis C	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No

**Piel**

Cicatriz o Formacion de queloides	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No
-----------------------------------	--------------------------	--------------------------

**Neurologico**

Hormigeo/ Entumecimiento	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No
--------------------------	--------------------------	--------------------------

**Hematologia**

Celulas Falciformes	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No
---------------------	--------------------------	--------------------------

**Antecedentes quirúrgicos**

Reemplazo de la valvula aortica	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No
Reemplazo de Rodila	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No

**Piel**

Erupcion de Los Pies	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No
----------------------	--------------------------	--------------------------

**Antecedentes Medicos**

Cancer, Cellulas Basales	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No
Anemia	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No
Venas Varicosas	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No

**Neurologico**

Paralisis	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No
-----------	--------------------------	--------------------------