

Michael J. Marcus, D.P.M.

1. Are you in good health? YES NO
 Esta usted de Buena salud? SI NO

2. Have you ever been treated for any problems with:
 Ha sido usted tratado por alguno de estos problemas?

- A. Fever or weight loss / Fiebre o perdida de peso YES NO
- B. Your eyes / Sus ojos YES NO
- C. Ears, nose, or throat / Oidos, nariz o garganta YES NO
- D. Heart / Problemas del Corazon YES NO
- E. Asthma or respiratory (lungs) / Asma o problemas respiratorios (pulmones) YES NO
- F. Stomach or colon / Estomago o colon YES NO
- G. Urinary problems, kidney problems, gout / Problemas urinarios, rinones, gota YES NO
- H. Liver problems / Problemas del higado YES NO
- I. Joint or bone problems / Problemas de los huesos y coyunturas YES NO
- J. Rashes or skin problems / Problemas de la piel, sarpullido YES NO
- K. Do you have any psychiatric problems / Problemas mentales YES NO
- L. Diabetes mellitus (sugar) / Diabetes (azucar) YES NO
- M. High blood pressure / Alta presion YES NO
- N. Cancer YES NO
- O. Epilepsy or any neurological problems / Epilepsia o cualquier problema neurologico YES NO
- P. Rheumatic fever / Fiebre reumatica YES NO

3. Are you subject to prolonged bleeding? YES NO
 Es propenso a sangrar por largo tiempo?

4. Have you ever experienced any side effects from:
 Ha experimentado efectos secundarios con alguna de estas medicinas:

- Novocaine/Novocaina YES NO
- Codeine/Codeina YES NO
- Penicillin/Penicilina YES NO
- Other Antibiotics/Otros antibioticos YES NO
- Other medications/Otros medicamentos YES NO

5. Have you ever had any of the following operations?
 Alguna vez ha tenido alguna de las siguientes operaciones?

- A. Tonsil/Anginas YES NO YEAR _____
- B. Appendectomy/Apendice YES NO YEAR _____
- C. Gall Bladder / Vesicula biliar YES NO YEAR _____
- D. Hysterectomy/Histerectomia YES NO YEAR _____
- E. Hemorrhoids/Hemorroides YES NO YEAR _____
- F. Heart Surgery/Cirugia del Corazon YES NO YEAR _____
- G. Varicose Veins/Venas varicosas YES NO YEAR _____
- H. Hip or knee surgery/Cadera o rodillas YES NO YEAR _____
- I. Foot or ankle surgery/Los pies o tobillos YES NO YEAR _____
- J. Plastic Surgery/ Cirugia plastica YES NO YEAR _____

6. Have you had any other operation or hospitalization? For what and when? _____
 Ha tenido otras operaciones o se ha hospitalizado? Por que? Incluye el ano aproximadamente.
