

Name Nombre:

Date Fecha:

Date of Birth Fecha de Nacimiento:

Past Medical History Historia Medica Previa

- N No Significant Medical History(Ningun Historia Medica Significante)
- Y / N Heart Attack
Ataque de Corazon
- Y / N Alzheimer's Dementia
Demencia de Alzheimer's
- Y / N Sickle Cell Anemia
Anemia de Celulas Falciformes
- Y / N Colon Polyps
Polipos en el colon
- Y / N Cancer:
Cancer:
- Y / N Breast Cancer
Cancer de los Senos
- Y / N Ovarian Cancer
Cancer de los Ovarios
- Y / N Colon Cancer
Cancer del Colon
- Y / N Prostate Cancer
Cancer de la Prostata
- Y / N Lung Cancer
Cancer de los Pulmones
- Y / N Other: _____
Otro
- Y / N Coronary Artery Disease
Enfermedad de la Arteria Coronaria
- Y / N Diabetes Mellitus
Diabetes Mellitus
- Y / N Glaucoma
Glaucoma
- Y / N Liver Disorder
Trastorno Hepatica
- Y / N Hepatitis A
Hepatitis A
- Y / N Hepatitis B
Hepatitis B
- Y / N Hepatitis C
Hepatitis C
- Y / N Jaundice
Ictericia
- Y / N HIV Infection
Infeccion de VIH
- Y / N Gastrointestinal Disorder
Trastorno Gastrointestinal
- Y / N Stomach Ulcer
Ulcera del Estomago
- Y / N Gastric Reflux (GERD)
Reflugo Gastrico
- Y / N High Blood Pressure
Alta Presion
- Y / N Migraine Headache
Dolores de la Cabeza Migranas
- Y / N Osteoarthritis
Osteoarthritis
- Y / N Osteoporosis
Osteoporosis
- Y / N Pancreatitis
Pancreatitis
- Y / N Psychiatric Disorder
Trastornos Psiquiatricos
- Y / N Depression
Depresion
- Y / N Anxiety Disorder
Trastorno de Ansiedad
- Y / N Bipolar
Bipolar
- Y / N Other: _____
Otro
- Y / N Kidney Disorder
Trastorno Renal
- Y / N Respiratory Disorder
Trastornos Respiratorios
- Y / N Asthma
Asma
- Y / N COPD
COPD
- Y / N Tuberculosis
Tuberculosis
- Y / N Seizure Disorder
Trastorno de Crisis Convulsiva
- Y / N Stroke
Embolio Cerebral
- Y / N Thyroid Disorder
Trastorno de la Tirodes
- Y / N Gout
Gota
- Y / N High Cholesterol
Colesterol Elevado
- Y / N Rheumatoid Arthritis
Artritis Reumotice
- Y / N Fibromyalgia
Fibromialgia
- Y / N Sleep Apnea
Apnea del Sueno

Allergic To:

Alérgico/Alérgica a:

Childhood History Historia de la Infancia

- Y / N Chicken Pox
Varicela
- Y / N Rheumatic Fever
Fiebre Reumatico
- Y / N Heart Disease
Enfermedad del Corazon
- Y / N ADHD
ADHD
- Y / N Leukemia
Leucemia
- Y / N Kidney Disease
Enfermedad Renal
- Y / N Cancer as a Child
Cancer en su Infancia
- Y / N Jaundice
Ictericia
- Y / N Feeding Problems
Problemas con Alimentarse

N None or No Significant Surgical History (Ningun Historia Medical Significante)

- | | |
|---|---|
| Y / N Blood Transfusion
Historia Positiva de Transfusion | Y / N Abd Aortic Aneurysm
Aneurisma Aortico del Abdomen |
| Y / N Reactions to blood transfusion
Reaccion a transfusion de sangre | Y / N Appendix Removal
Apendicectomia |
| Y / N Adverse reaction to anesthesia
Reaccion adverso a anestesia | Y / N Gallbladder Removal
Colecistectoma |
| Y / N Breast Lumpectomy
Lumpectomia del Seno | Y / N Hernia Repair Laparoscopic
Reparacion Laparoscopico de una Hernia |
| Y / N Breast Mastectomy
Mastectomia del Seno | Y / N Incisional Hernia Repair
Reparacion Incisional de una Hernia |
| Y / N Breast Surgery Reconstruction
Cirugia Reconstructiva del Seno | Y / N Inguinal Hernia Repair
Reparacion de Hernia Inguinal |
| Y / N Cesarean section delivery
Parto Cesaria | Y / N Umbilical Hernia Repair
Reparacion de Hernia Umbilical |
| Y / N Hysterectomy
Historectomia | Y / N Small Bowel Resection
Resecion del Intestino Delgado |
| Y / N Ovaries Removed
Extraccion de los ovarios | Y / N Splenectomy
Esplenectomia |
| Y / N Tubal Ligation
Ligadura de los Tubos | Y / N Surgery for Ulcer
Cirugia de la Ulcera |
| Y / N Vasectomy
Vasectomia | Y / N Prostate Surgery
Cirugia de la Prostata |
| Y / N Heart Stents How many placed? _____
Ferula del Corazon Cuantos tiene puestos? _____ | Y / N EGD
Endoscopia del Estomago |
| Y / N Tonsillectomy
Amigdalectomia | Y / N Colonoscopy Date: _____
Colonoscopia Fecha _____ |
| Y / N Previous Heart Bypass
Anastomosis del Corazon | Y / N Orthopedic Surgery
Cirugia Ortopedico |
| Y / N Lung Surgery
Cirugia de los Pulmones | Y / N Thyroid Surgery
Cirugia de la Tiroides |

Family History Historia Familiar

Specify which Family Member: Father, Mother, Brother, Sister

Especifica Cual Miembro Familiar: Padre, Madre, Hermano, Hermana

N None or No Significant Family History
Ningun Historia Medical Singificante

- | | |
|---|---|
| Y / N Adverse reaction to anesthesia _____
Reaccion adverso a anestesia | Y / N Diabetes Mellitus _____
Diabetes Mellitus |
| Y / N Alcoholism _____
Alcoholism | Y / N Glaucoma _____
Glaucoma |
| Y / N Allergies _____
Alergias | Y / N Heart Attack _____
Ataque de Corazon |
| Y / N Alzheimer's _____
Alzheimer's | Y / N Heart Disease _____
Enfermedad de Corazon |
| Y / N Anxiety Disorder _____
Trastorno de Ansiedad | Y / N HIV-1 Disease _____
Enfermedad de VIH |
| Y / N Arthritis _____
Artritis | Y / N High Blood Pressure _____
Alta Presion |
| Y / N Asthma _____
Asma | Y / N Kidney Disease _____
Enfermedad Renal |
| Y / N Bleeding Problems _____
Problemas de Sangrado | Y / N Liver Disease _____
Enfermadad del Higado |
| Y / N Cancer _____
Cancer | Y / N Lung Disease _____
Enfermedad del Pulmon |
| Y / N Breast Cancer _____
Cancer de los Senos | Y / N Mental Disorder _____
Trastorno Mental |
| Y / N Ovarian Cancer _____
Cancer Ovarico | Y / N Migraine Headache _____
Migranas |

Family History Historia Familiar

Y / N Colon Cancer
Cancer del Colon _____

Y / N Prostate Cancer
Cancer de la Prostata _____

Y / N Lung Cancer
Cancer Pumonral _____

Y / N Depression
Depresion _____

Y / N Seizure Disorder
Trastorno de Crisis Convulsiva _____

Y / N Sickle Cell Anemia
Anemia de Celulas Falciformes _____

Y / N Sickle Cell Trait
Caracteristica de Celulas Falciformes _____

Y / N Stroke
Embolio Cerebral _____

Y / N Thyroid Disorder
Trastorno de Tiroides _____

Social History Historia Social**Substance Use** Uso de Substancias

Smoking Status:
Estado de Fumar

Current Everyday
Ahora Cada Dia

Packs Per Day: _____
Paquetes por Dia

Current Someday
Ahora Alqunos Dias

Former Smoker
Fumaba en el Pasado

Never Smoked
Nunca

Smoker, Current status unknown
Fumador, Estado actual desconocido

Unknown if ever smoked
Desconocido si ha fumado

Y / N Chewing Tobacco
Tabaco de Masticar

Cans Per Day: _____
Latas por Dia

Y / N Drug use
Abuso de Drogas

Amount Per Day: _____
Cantidad por Dia

Y / N Coffee use
Toma Café

Cups Per Day: _____
Cantidad por Dia

Y / N Alcohol Use
uso de Alcohol

Drinks Per Day: _____
Cantidad por Dia

Living Conditions

Condiciones De Vivir

Y / N Living with Parents
Viviendo con sus Padres

Y / N Caretaker of another person
Cuidador de otra persona

Y / N Resides in Assisted Living
Reside en Viviente Asistado

Y / N Living Alone
Vivi Solo

Y / N Living with Spouse
Viviendo con Esposo(a)

Current Relationship Status

Estado Relacional

Y / N Married
Casado(a)

Y / N Divorced Y / N Recently
Divorciado(a) Recientemente

Y / N Widowed
Viudo(a)

Y / N Single
Soltero

Y / N History of Domestic Abuse
Historia de Abuso Domestico

Other Social History Otra Historia Social

Y / N Work History
Historia Relacional

Y Occupation
Occupacion _____

Y / N Student
Estudiante

Y / N Recent Travel History
Historia de Viajes Recentes _____

Other:
Otro _____

Patient Signature:
Firma del Paciente _____

Date:
Fecha _____