

Please take a few minutes while waiting to provide additional information about you or your relatives Medical History. Knowledge of past medical problems, family medical problems and personal health habits will help us provide better care.

Section 1: Current Medications / Sección 1 Medicamentos que Toma Actualmente

Write name, strength, and dosage schedule of the medications you are currently taking. Anote el nombre, potencia, y programación de dosis de los medicamentos que esté tomando actualmente.

ALLERGY / ALERGIAS

None of these Food Allergy/Alergia a Alimentos Drug Allergy/Alergia a Sustancias

List any Allergy:

Section 2: Past medical History / Sección 2: Historia Medica Pasada

Shade circle of all that apply or "None of these" if you have not experienced any of the listed disorders. Indique todos los que correspondan o "Ninguno" si no ha sufrido ninguno de los trastornos enumerados.

None of These / Ninguno

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Black-outs / Desmayos | <input type="checkbox"/> Hepatitis / Hepatitis |
| <input type="checkbox"/> Insulin / Insulina | <input type="checkbox"/> Seizure Disorder / Convulsiones | <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> Unknown/No sabe |
| <input type="checkbox"/> Pills / Pastillas | <input type="checkbox"/> Thyroid Disease / Enfermedades Tiroideas | <input type="checkbox"/> Gout / Gota |
| <input type="checkbox"/> Diet / Dieta | <input type="checkbox"/> Migraine / Migraña | <input type="checkbox"/> Abnormal bleeding or clotting / Sangrado o Coagulación Anormales |
| <input type="checkbox"/> High Blood Pressure / Alta Presión Sanguínea | <input type="checkbox"/> Arthritis / Artritis | <input type="checkbox"/> Alcohol or Drug Dependence / Dependencia de Alcohol o Drogas |
| <input type="checkbox"/> Heart Disease / Enfermedad Cardíaca | <input type="checkbox"/> Cancer / Cáncer | |
| <input type="checkbox"/> Emphysema / Enfisema | <input type="checkbox"/> Blood Disease / Enfermedades de la sangre | <input type="checkbox"/> Other / Otros: |
| <input type="checkbox"/> Asthma / Asma | <input type="checkbox"/> Kidney Disease / Enfermedades del Riñón | _____ |
| <input type="checkbox"/> Stroke / Embolia/Ataque Cerebral | <input type="checkbox"/> Psychiatric Disease / Enfermedades Psiquiátricas | _____ |
| | | _____ |

Section 3: Past Surgeries / Sección 3: Antecedentes de Cirugías

None of These / Ninguno

List Any:

Section 4: Family History / Sección 4 Antecedentes Familiares

Shade circle of all that apply or "None of these" if your family does not have a history of any of the following.
Indique todos los que correspondan o "Ninguno" si u familia no registra ninguno de los siguientes antecedentes.

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> None of these / Ninguno | <input type="checkbox"/> Alcohol or Drug Dependence
Dependencia de Alcohol o Drogas |
| <input type="checkbox"/> Diabetes / Diabetes | <input type="checkbox"/> Bleeding or clotting disorder
Sangrado o Trastornos de Coagulación |
| <input type="checkbox"/> Strokes / Embolia | <input type="checkbox"/> Any Disease that "Runs in the Family"
Enfermedades que "se dan en la familia" |
| <input type="checkbox"/> Cancer / Cáncer | |
| <input type="checkbox"/> Heart Disease / Enfermedad Cardíaco | |
| <input type="checkbox"/> Any rare or Unusual Disease
Enfermedades Raras o Inusuales | |

Section 5: Social History / Sección 4: Antecedentes Sociales

Marital Status Estado Civil	Family / Friends Nearby to help with Convalescence?	Living Status Vive con	Occupation Ocupación	Type of Work Tipo De Trabajo
<input type="checkbox"/> Married Casado/a	Familia o amigos Cercanos que pueden ayudarle durante la convalecencia? <input type="checkbox"/> No / No <input type="checkbox"/> Yes / Si	<input type="checkbox"/> Alone Solo/a	<input type="checkbox"/> Working Trabaja	<input type="checkbox"/> Office Job Tareas Administrativas
<input type="checkbox"/> Single Soltero/a		<input type="checkbox"/> With Family or Roomate Con Familiar o Compañero	<input type="checkbox"/> Unemployed Desempleado/a	<input type="checkbox"/> Physical Labor Tareas Manuales
<input type="checkbox"/> Widowed Viudo/a		<input type="checkbox"/> Board & Care Alojamiento y Asistencia	<input type="checkbox"/> Retired Retirado/a	<input type="checkbox"/> Homemaker Ama de Casa
<input type="checkbox"/> Divorced Divorciado/a		<input type="checkbox"/> Nursing Home Residencia/Asilo	<input type="checkbox"/> Disabled Discapacitado/a	<input type="checkbox"/> Other / Otro:
<input type="checkbox"/> Separated Separado/a				

Cigarettes / Cigarrillos (Packs per Day) (Paquetes por día)	I Quit Smoking: Deje de fumar:	Caffeine/Cafeína (Cups of Coffee or Tea Per Day) (Tazas de Café o Té por Día)	Alcohol	Drugs / Drogas
<input type="checkbox"/> Less than 1 Menos de 1	<input type="checkbox"/> <1 month ago <de 1 mes atrás	<input type="checkbox"/> None/Ninguno	<input type="checkbox"/> None Ninguno	<input type="checkbox"/> None/Ninguno
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> < 1 Year ago < año atrás	<input type="checkbox"/> 2 or Less 2 o Menos	<input type="checkbox"/> Rarely Raramente	<input type="checkbox"/> Amphetamines Anfetaminas
<input type="checkbox"/> 1-2	<input type="checkbox"/> Over 1 Year ago Hace mas de 1 años	<input type="checkbox"/> 2-5	<input type="checkbox"/> Occasionally Ocasionalmente	<input type="checkbox"/> Cocaine Cocaina
<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> Over 6 Years ago Hace mas de 6 años	<input type="checkbox"/> 5-10	<input type="checkbox"/> Regularly Regularmente	<input type="checkbox"/> Heroin Heroína
<input type="checkbox"/> > 2 / Mas de 2	<input type="checkbox"/> Over 10 Years ago Hace mas de 10 años		<input type="checkbox"/> Daily Diariamente	<input type="checkbox"/> Marijuana Marihuana
<input type="checkbox"/> Do Not Smoke				<input type="checkbox"/> Hallucinogens Alucinógenos
<input type="checkbox"/> Never Smoked Nunca fume				<input type="checkbox"/> Others/Otro:

Section 6: Review of Systems / Sección 6: Examen por Sistemas

Shade circle of all that apply / Indique todos los que correspondan

Constitutional / Constitución	Integumentary / Integumentario	Musculoskeletal
<input type="checkbox"/> None of These / Ninguno <input type="checkbox"/> Regular Fevers or Chills / Fiebres o Escalofríos Regulares <input type="checkbox"/> Weight Loss / Pérdida de Peso <input type="checkbox"/> Weight Gain / Aumento de Peso <input type="checkbox"/> Loss of Appetite / Pérdida de Apetito	<input type="checkbox"/> Hives / Urticaria Ronchas <input type="checkbox"/> Skin Cancer / Cáncer de Piel <input type="checkbox"/> Change of Size or Color of Moles / Cambio de Tamaño o Color de Lunares <input type="checkbox"/> Psoriasis <input type="checkbox"/> Other Skin Disorders / Otros Trastornos de Piel Hematology – Lymphatic / Hematología - Linfáticos <input type="checkbox"/> Bleeding Problems / Problema de Sangrado <input type="checkbox"/> Blood Clots / Coágulos de Sangre <input type="checkbox"/> Swollen Glands / Glándulas Inflamadas <input type="checkbox"/> Cancer of Blood or Lymph Glands / Cáncer de la Sangre o de Glándulas Linfáticas	<input type="checkbox"/> Gout / Gota <input type="checkbox"/> Sciatica / Ciática <input type="checkbox"/> Rheumatoid Arthritis / Artritis Reumatoide <input type="checkbox"/> Other Arthritis / Otras Artritis <input type="checkbox"/> Bursitis Shoulder / Bursitis Hombro <input type="checkbox"/> Bursitis Hip / Bursitis Cadera <input type="checkbox"/> Frequent Back Pains / Dolores de Espalda Frecuentes <input type="checkbox"/> Frequent Neck Pains / Dolores de Cuello Frecuentes <input type="checkbox"/> Surgery for Neck or Back / Cirugía de Cuello / Espalda <input type="checkbox"/> Previously Fractured Bones / Huesos quebrados en el pasado
Eyes / Ojos <input type="checkbox"/> Wear Contacts/Glasses / Uso lentes de contacto/anteojos <input type="checkbox"/> Eye Surgery / Cirugía de ojos <input type="checkbox"/> Cataracts / Cataratas <input type="checkbox"/> Trouble Seeing / Dificultades para Ver	Neurological / Neurológico <input type="checkbox"/> Migraine / Migraña <input type="checkbox"/> Black outs / Desmayos <input type="checkbox"/> Other Headaches / Otros Dolores de Cabeza <input type="checkbox"/> Frequent Dizzy Spells / Mareos Frecuentes <input type="checkbox"/> Poor Balance / Falta de Equilibrio <input type="checkbox"/> Stroke / Embolia Ataque Cerebral <input type="checkbox"/> Seizure Disorder / Convulsiones <input type="checkbox"/> New numbness, tingling, weakness / Entumecimiento u Hormigueo Recientes, Debilidad Reciente. <input type="checkbox"/> Brain or Nerve Disease / Enfermedad Cerebral o Nerviosa <input type="checkbox"/> Evaluation by Neurologist / Examen por un Neurólogo <input type="checkbox"/> MRI or CAT Scan / Tomografía o Resonancia magnética	OB-GYN Number of Pregnancies _____ Cantidad de Embarazos Number of live births _____ Cantidad de Nacimientos Vivos Number of Abortions _____ Cantidad de Abortos Number of Miscarriages _____ Cantidad de abortos Espontáneos Number of C-sections _____ Cantidad de Cesáreas <input type="checkbox"/> Hysterectomy / Histerectomía <input type="checkbox"/> Ovaries Removed / Ovarios Extirpados <input type="checkbox"/> Abnormal Vaginal Bleeding / Sangrado Vaginal Anormal <input type="checkbox"/> Abnormal Discharge / Desecho Anormal
Ears, Nose, Throat / Nariz, Garganta y Oído <input type="checkbox"/> Frequent Ear Infections / Frecuentes Infecciones de Oído <input type="checkbox"/> Hearing Problems / Problemas Auditivos <input type="checkbox"/> Hay fever / Fiebre del heno <input type="checkbox"/> Sinus Surgery / Cirugía Sinusitis <input type="checkbox"/> Frequent Nose Bleeds / Frecuentes Sangrados Nasales <input type="checkbox"/> Persistent Hoarseness / Ronquera Persistente <input type="checkbox"/> Trouble Swallowing / Problemas al Tragar		
Respiratory / Respiratorio <input type="checkbox"/> Asthma / Asma <input type="checkbox"/> Wheezing / Sibilancias <input type="checkbox"/> Emphysema / Enfisema <input type="checkbox"/> Pain with Breathing / Dolor al Respirar <input type="checkbox"/> Long lasting cough		

Patients Name :

<p>Tos Persistente</p> <p>Cardiovascular / Corazón</p> <p>() Shortness of Breath on Exertion Falta de Aire al hacer Esfuerzos</p> <p>() Shortness of Breath at night Falta de aire por las noches</p> <p>() Angina / Angina</p> <p>() Heart Surgery / Cirugía Cardíaca</p> <p>() Chest Pains / Dolores de Pecho</p> <p>() Leg Swelling / Inflamación de Piernas</p> <p>() Heart Attack / Ataque Cardíaco</p> <p>() Pacemaker / Marcapasos</p> <p>Gastrointestinal</p> <p>() Nausea / Nauseas</p> <p>() Vomiting / Vómitos</p> <p>() Diarrhea / Diarrea</p> <p>() Vomiting Blood / Vómitos de sangre</p> <p>() Constipation / Constipación</p> <p>() Blood in BM / Sangre en Heces</p> <p>() Black Tar-like BM Heces de color negro como alquitrán</p> <p>() Jaundice / Ictericia</p> <p>() Hepatitis / Hepatitis</p> <p>() Ulcer / Úlcera</p> <p>() Hiatal Hernia / Hernia Hiatal</p> <p>() Change BM Habits Cambio en los Hábitos defecatorios</p> <p>Endocrine / Endócrino</p> <p>() Thyroid Disease Enfermedad Tiroidea</p> <p>() Diabetes</p> <p>() Craving Water / Sed Perniciosa</p> <p>() Frequent Urination Orina con Frecuencia</p> <p>() New Heat or Cold Intolerance Reciente Intolerancia al Calor/ al Frío</p>	<p>Psychiatric / Psiquiátrico</p> <p>() Nervousness / Nerviosismo</p> <p>() Panic Disorder Ataques de Pánico</p> <p>() Depression / Depresión</p> <p>() Bipolar (Manic-Depressive) Bipolar (Maniaco-Depresivo)</p> <p>() Schizophrenia / Esquizofrenia</p> <p>Genitourinary / Genitourinario</p> <p>() Pain on Urination Dolor al Orinar</p> <p>() Frequent Urination Orina con Frecuencia</p> <p>() Blood in Urine Sangre en Orina</p> <p>() Change in Stream of Urine Cambios en el Flujo de la Orina</p> <p>() Prostate Problems/ Trastornos de Prostata _____</p> <p>_____</p> <p>() Up at night to urinate Veces que Orina durante la noche Times _____</p> <p>() Kidney Stones / Piedras en los Riñones</p> <p>() Kidney Surgery / Cirugía de Riñones</p> <p>() Kidney Failure Insuficiencia Renal</p> <p>() Penile or Vaginal Discharge Desecho del Pene o Vagina</p>	<p>STD - Sexually Transmitted Diseases</p> <p>ETS – Enfermedades de Transmisión Sexual</p> <p>() Syphilis / Sífilis</p> <p>() AIDS</p> <p>() Gonorrhea / Gonorrea</p> <p>() Chlamydia / Chlamydia</p> <p>() Genital Herpes Herpes Genital</p> <p>() Penile Discharge Desecho de Pene</p> <p>() Trichomonas / Tricolomas</p> <p>() Sores or Growth on Genitals Dolores o Crecimientos en Genitales</p> <p>() Other / Otro: _____</p> <p>_____</p> <p>Cancer / Cáncer</p> <p>() Colon / Colon</p> <p>() Kidney / Riñón</p> <p>() Breast / Mama/Seno</p> <p>() Ovaries / Ovarios</p> <p>() Lung / Pulmón</p> <p>() Uterus / Útero</p> <p>() Stomach / Estomago</p> <p>() Muscles / Músculos</p> <p>() Brain / Cerebro</p> <p>() Bone / Huesos</p>
<p>Any other relevant information about your health you would like the Doctor to know about you:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>		