



Name Nombre : _____

Date of Birth: Fecha de Nacimiento: Month/Mesa: _____ Day/Dia: _____ Year/Año _____

MEDICAL HISTORY HISTORIA MEDICA

Do you have any allergies to medications, x-ray dyes or other substances? Yes/Si No
Tiene alergia a alguna medicina o algun medio de contraste utilizado para rayos X?

If yes, please list name of medicine and type of reaction. Si la respuesta es si, cual es el nombre de la medicina:

Current Medications *Medicamentos actuales* :

Medications that you are currently taking, including frequency and dose. Liste todos los medicamentos que esta tomando en este momento, incluyendo frecuencia y dosis _____

Please be advised *Por favor tenga en cuenta*: By signing this form, you agree that the provider may access your medication history from any database available to him or her as part of your treatment. *Al firmar este formulario, usted acepta que el proveedor puede acceder al historial de medicamentos de cualquier base de datos disponible para él o ella como parte de su tratamiento.*

Preferred pharmacy *Farmacia preferida*

Name <i>Nombre</i>	
Location <i>Ubicación</i>	

Hospital visits, admissions and operations: *Hospitalizado y operaciones?*

Date/Fecha:	Reason and Location/Typo y lugar:

Date of Last Cholesterol Check? <i>Fecha de su último examen del colesterol?</i>	
Date of last colonoscopy? <i>Fecha de su ultimo colonoscopia?</i>	
For Females: First date of last menstrual period? <i>Primera fecha de la última menstruación?</i>	
Do you smoke? <i>Usted fuma?</i> If yes, how many packs per day? <i>Cuantos paquetes al dia?</i> _____	Yes/Si No.
Do you drink alcohol? <i>Used toma alcohol?</i> If yes, how often? <i>Cuanta cantidad al dia?</i> _____	Yes/Si No.
Do you exercise? <i>Used hace ejercicio?</i> If yes, how many times per week? <i>Cuantas veces a la semana?</i> _____	Yes/Si No.

Do you have Advanced Care Directives? Yes or No. *Tiene una Declaracion de voluntad anticipada?*

If you have an Advanced Care Director, may we have a copy? If you do not, information is available at the Front Desk.
Si tiene una Declaracion de voluntad anticipada, ¿podemos tener una copia? Si no lo hace, la información está disponible en la recepción.

Patient Signature: _____ Date: _____, 20____.



Name Nombre : _____

Date of Birth: Fecha de Nacimiento: Month/Mesa: _____ Day/Dia: _____ Year/Año _____

Past Medical History/Historia Medica. Check the box if you have had problems or are presently experiencing any of the following. Please also list date of diagnosis. Por favor marquee SI en las siguientes preguntas y escriba la fecha desde cuando inicio alguno de los siguientes: (si usted ha tenido problemas en el pasado o los este sintiendo actualmente):

High Blood Pressure / Alta Presion	Bronchitis / Bronquitis
Low back problems / Problemas en la espalda	Ulcers/ Ulceras
Gallbladder Disease/ Enfermedades de la vesicular	Diabetes. Type/ Typo
Persistent Cough / Tos persistente	Cancer
Chest pain/tightness / Dolor de pecho	Nausea
Hemorrhoids / Hemorroides	TB / Tuberculosis
Skin Diseases/disorder / Enfermedades de la piel	Hepatitis Type: _____
Kidney stones / Piedras en el rinon	Hay Fever / Fiebre del heno
Heart Disease / Enfermedades del corazon	Anxiety / Ansiedad
Shortness of Breath / Problemas para respirar	Anemia
Alcohol Abuse / Abuso de Alcohol	Constipation / Constipacion
Frequent Urination / Orina frecuente	Indigestion / Indigestion
Swollen Ankles / Hinchazon de pies	Palpitations / Palpitaciones
Depression / Depresion	Gout / Gota
Headache / Dolor de cabeza	Diarrhea / Diarrea
Thyroid disease / Tiroides	Asthma / Asma
Lightheadedness / Mareos	Arthritis / Artritis
Other / Otras Enfermedades:	

Family History/Historia Medica Familiar: Has any member of your immediate family ever had the following? Algun miembro de su familia a tenido alguna de las siguientes enfermedades?

Cancer:	Yes/Si No.	Type? Tipo: _____ Relation/relacion:
Hypertension/Alta presion:	Yes/Si No.	Relation/relacion:
Heart disease/Enfermedad del corazon:	Yes/Si No.	Relation/relacion:
Diabetes:	Yes/Si No.	Relation/relacion:
Stroke/Isquemia cerebral:	Yes/Si No.	Relation/relacion:
Bleeding Disease/Enfermedades Sanguineas:	Yes/Si No.	Relation/relacion:
Other/Otras:	Yes/Si No.	Relation/relacion:

Patient Signature: _____ Date: _____, 20__

Review of Systems: Current Medical Conditions/ Condiciones médicas actuales:

Constitutional:		Respiratory Respiraciones	
	Chills Escalofríos		Cough: Acute or Chronic Tos: crónica o aguda
	Fatigue Estar muy cansado		Dyspnea/ Difficult breathing Disnea o dificultad para respirar
	Fever-Higher Temperature Fiebre; alta temperatura		Exposure to Tuberculosis Exposición a Tuberculosis
	Night Sweats Sudoraciones por noche		Hemoptysis: Coughing up blood Toser Sangre
	Weight Gain (unintentional) Subir de peso (sin razón)		Pleuritic pain: Sharp or stabbing chest pain Dolor en el pecho fuerte o apuñalado
	Weight Loss (unintentional) Rebajar de peso (sin razón)		Wheezing Sibilancias
Eyes Ojos			Shortness of Breath dificultad para respirar
	Blurred Vision Vision Borrosa		
	Glasses or contacts Us lentes o espejuelos	Gastrointestinal:	
	Eye Pain Dolor de ojo		Abdominal pain dolor abdominal
	Photophobia Fotofobia – Sensitivity to light Sensibilidad a la luz		Acid Reflux Reflujo de ácido
	Eye Drainage Drenaje ocular		Anorexia anorexia
Ears/ Nose/ Throat Oídos/Nariz/Garganta			Bloating hinchazón
	Pain in ears Dolor de oído		Dysphagia: Difficulty swallowing Dificultad para tragar
	Hearing Problems Problemas al oír		Tarry black stool Heces negras y parece alquitran
	Tinnitus/Ringing in ears Sonando en los oídos		Constipation Estreñimiento
	Frequent bloody noses Nariz sangrante frecuente		Diarrhea Diarrea
	Non-Healing Nasal Ulcer Ulcera nasal (no cura)		Heartburn acidez
	Frequent runny nose Secreción nasal frecuente		Hematemesis: Vomiting Blood vómitos de sangre
	Bleeding Gums Sangrado de las encías		Hematochezia: Defecating blood defecando sangre
	Periodontal disease enfermedad periodontal		Hemorrhoids Hemorroides
	Dentures Dentadura postiza		Melena: Dark sticky feces with blood Heces pegajosas oscuras con sangre
	Hoarseness Ronquera		Nausea náusea
	Sore/Ulcer in mouth Dolorido o ulcera en la boca		Vomiting Vómitos
	Sore Throat Dolor de garganta		Odynophagia: Painful swallowing torpeza dolorosa
	Sore tongue Dolor de lengua		Change in stool cambio en las heces
	Thrush Tordo		Loss of Appetite Falta de apetito
	Tooth pain Dolor de dientes	Neurological Neurologico	
	Snoring Ronca cuando duerme		Ataxia: loss of full control of bodily movements Pérdida del control total de los movimientos corporales
	Nasal Congestion / Nariz congestionada		Lightheadedness or dizziness Mareo
Cardiovascular			Fainting/ Desmayos
	Chest pain Dolor de pecho		Headaches Dolor de cabeza
	Claudication: Leg pain after walking short distance Dolor en las piernas después de caminar a corta distancia		Memory loss Pérdida de memoria
	Dizziness Mareo		Paresthesia: Burning or tingling sensations sensación de ardor o hormigueo
	Orthopnea: Shortness of breath when laying down Dificultad para respirar cuando se acuesta		Seizures Convulsiones
	Waking up at night gasping for air Despertarse por la noche jadeando por aire		Tremors Temblores
	Leg swelling Hinchazón de las piernas		Vertigo Vértigo
	Palpitations or irregular heartbeat Palpitaciones o latido del corazón		Weakness Debilidad
	Varicose veins venas Variocosas		Unsteady walk Caminata inestable

Patient Signature: _____ Date: _____, 20____

Hematologic/ Lymphatic	Musculoskeletal / Musculoesquelético
Easy bruising <i>Fácilmente moretones</i>	Arthralgias: joint pain <i>Dolor en las articulaciones</i>
Excessive bleeding (not menstruation) <i>Sangrado excesivo, pero no menstruación</i>	Back pain / <i>Dolor de espalda</i>
History of blood transfusion <i>Historia de transfusión sanguínea</i>	Joint Stiffness <i>Rigidez articular</i>
Lymphadenopathy: Enlargement of lymph nodes <i>Agrandamiento de los ganglios linfáticos</i>	Limb Pain <i>Dolor en las extremidades</i>
Endocrine System Sistema Endocrino	Myalgias: Muscles aches <i>Dolores musculares</i>
Enlarged hands or feet <i>Manos o pies agrandados</i>	Integumentary Integumentario
Hair loss <i>Perdida de cabello</i>	Acne <i>Acné</i>
Heat or cold intolerance <i>Intolerancia al calor o al frío</i>	Atypical mole(s) <i>Moho atípico</i>
Hirsutism: Excessive hair growth <i>Crecimiento excesivo del vello</i>	Dry Skin <i>Piel seca</i>
Infertility <i>Esterilidad</i>	Fungal Nail infection <i>Infección fungica de las unas</i>
Polydipsia: excessive thirst <i>Sed excesiva</i>	Yellow Skin Color <i>Color de piel Amarillo</i>
Polyphagia: excessive hunger <i>Hambre excesiva</i>	Pruritis: itchy skin <i>Picazón en la piel</i>
Striae: stretch marks: estrias	Rashes <i>Salpullidos</i>
Excessive sweating <i>Sudoración excesiva</i>	Warts <i>Verrugas</i>
Increased skin pigmentation <i>Aumento de la pigmentación de la piel</i>	Breast mass <i>Masa del seno</i>
Hot flashes <i>Sofocos</i>	Breast skin changes <i>Cambios en la piel del seno</i>
Genitourinary Genitourinario	Breast tenderness <i>Sensibilidad en los senos</i>
Urinary incontinence <i>Incontinencia urinaria</i>	Nipple discharge <i>Secreción del pezón</i>
Urinating at night <i>Orinar por la noche</i>	Allergies/Immunologic Alergias y Immunológico
Dysuria/ painful urination <i>Dolor al orinar</i>	Seasonal allergies <i>Alergias estacionales</i>
Urine stream change <i>Cambio de flujo de orina</i>	Perennial allergies <i>Alergias perennes</i>
Hematuria: Blood in the urine <i>Sangre en la orina</i>	Frequent Upper Respiratory Tract infections <i>Frecuentes infecciones del tracto respiratorio superior</i>
History of frequent urinary tract infections <i>Historia de infecciones frecuentes de rutina urinaria</i>	Hives <i>Urticaria</i>
Polyuria: excessive or frequent urination <i>Micción frecuente</i>	Psychiatric/ Psychological Psicología/ Psiquiatría
Dysparenia – painful intercourse	Anxiety <i>Ansiedad</i>
Rape or sexual abuse <i>Rabia or abuso sexual</i>	Crying spells <i>Llanto excesivo</i>
Genital lesions <i>Lesiones genitales</i>	Depression <i>Depresión</i>
Impotence <i>Impotencia</i>	Feeling stressed <i>Sentirse estresado</i>
High risk sexual behavior <i>Comportamiento sexual de alto riesgo</i>	Loss of interest in pleasurable activities <i>Pérdida de interés en actividades placenteras</i>
Unprotected sex <i>Sexo sin protección</i>	Mood Swings
HIV Risk Factors: shared needles, tattoos	Personality change <i>Cambio de personalidad</i>
For Females Only Solo Para mujeres	PMS
Dysmenorrhea – Menstrual cramps <i>Calambres menstruales</i>	Poor concentration <i>Falta de concentración</i>
Menorrhagia: Heavy menses <i>Menstruación pesada</i>	Sadness <i>Tristeza</i>
History of recurrent bacterial vaginosis <i>Historia de vaginosis</i>	Difficulty Sleeping <i>Dificultades con caer dormido</i>
Vaginal discharge <i>Secreción vaginal</i>	Thoughts of suicide / <i>intentos suicidas/deseos de quitarse la vida</i>
Post-coital vaginal bleeding <i>Sangrado después del coito</i>	
Vaginal bleeding outside of menses <i>Sangrado vaginal fuera de la menstruación</i>	
Vaginal itching <i>Picazón vaginal</i>	
Irregular menstrual cycle <i>Ciclo menstrual irregular</i>	
Post- menopausal bleeding <i>Hemorragia posmenopáusica</i>	

Patient Signature: _____

Date: _____, 20__