

PATIENT MEDICAL HISTORY FORM HISTORIA CLINICA DE PACIENTE

PATIENT NAME: _____
NOMBRE DE PACIENTE _____

DATE: _____

DATE OF BIRTH: _____
FECHA DE NACIMIENTO: _____

OCCUPATION: _____
TRABAJO: _____

PAST MEDICAL HISTORY: Do you have or have you had any of the following: (Please circle your answers.)

HISTORIA CLÍNICA PASADA: Usted tiene o ha tenido cualquiera del siguiente: (Por favor de circular su respuesta)

Diabetes/ Diabetes	Yes/ Si	No	High or low blood pressure/ Alta o baja presión	Yes/ Si	No
Cancer/ Cancer	Yes/ Si	No	Stroke/ Derrame Cerebral	Yes/ Si	No
Heart Disease/ Enfermedad cardíaca	Yes/ Si	No	Arthritis/ Gout/ Rheumatism//Artritis/ Gota/ Reumatismo	Yes/ Si	No
Convulsions/ Convulsiones	Yes/ Si	No	Blood Disease/ Enfermedad de sangre	Yes/ Si	No
Hay Fever or Asthma/ Polinosis o Asma	Yes/ Si	No	Veneral Disease/ Enfermedad de Veneral	Yes/ Si	No
Lung Disease/ Enfermedad pulmonary	Yes/ Si	No			

Have you ever had a blood transfusion? ¿Jamás ha tenido usted una transfusión de sangre? Yes/ Si No

Are you taking or have you ever taken steroids for any reason? ¿Toma usted o jamás ha tomado usted esteroides para alguna razón? Yes/ Si No

CURRENT MEDICATIONS/ MEDICINAS ACTUALES:

NAME/ NOMBRE	DOSAGE/ DOSIS (IF KNOWN/ SI CONOCIDO)	FREQUENCY/ FRECUENCIA
1. _____	_____	_____
2. _____	_____	_____
3. _____	_____	_____
4. _____	_____	_____
5. _____	_____	_____

DRUG ALLERGIES/ ALERGIAS de MEDICINAS (POR FAVOR LISTA) _____

PAST SURGERIES AND DATES IF KNOWN/ CIRUGIAS PASADAS Y FECHA SI CONOCIDO:

1. _____	YEAR/ AÑO _____	4. _____	YEAR/ AÑO _____
2. _____	YEAR/ AÑO _____	5. _____	YEAR/ AÑO _____
3. _____	YEAR/ AÑO _____	6. _____	YEAR/ AÑO _____

Have you ever been advised to have a surgical procedure which has never been done? Yes No

¿Jamás ha sido aconsejado usted tener una cirugía cuál nunca ha sido hecha? Si No

If so, please state the procedure and when it was recommended/ Si eso es el caso, indica por favor el procedimiento y cuando fue recomendado:

SOCIAL HISTORY/ HISTORIA SOCIAL: (Please circle answers, when applicable) (Por favor de circular respuestas, cuándo aplicable)

1. Do you smoke or use tobacco? Yes No If yes, how many years _____ Number of packs per day? _____
If you have quit, when did you quit? _____ How many packs per day did you smoke? _____

¿Fuma usted o utiliza tabaco? Si No ¿Si sí, cuántos años? _____ ¿El número de paquetes por día? _____
¿Si usted dejó de fumar, cuándo dejó usted? _____ Cuántos paquetes por día fumaba? _____

2. Do you use recreational drugs? / ¿Utiliza usted drogas recreativas? Yes No
3. Do you drink alcohol? Yes No If yes, how many drinks per week? / _____
If you no longer drink alcohol, when did you quit? _____ Number of drinks per week? _____

¿Bebe usted bebidas alcoholicas? _____ ¿Si sí, cuántas bebidas a la semana? _____
¿Si usted no bebe bebidas alcoholicas ya, cuándo dejó usted? _____ ¿Cuántas bebidas a la semana? _____

4. Do you work in a noisy environment? ¿Usted trabaja en un ambiente ruidoso? Yes/ Si No
5. Are you frequently exposed to loud noises? ¿Usted frecuentemente esta alrededor de ruidos fuertes? Yes/ Si No
6. Have you ever been in the Military? ¿Usted a estado en el ejército? Yes/ Si No

Reason for seeing the Doctor today: / Razon para ver al Médico hoy: _____

(PLEASE COMPLETE THE BACK OF FORM / COMPLETE POR FAVOR EL OTRO LADO)

FAMILY MEDICAL HISTORY: / HISTORIA CLINICA FAMILIA:

	Diseases known / Enfermedades conocidas	If deceased, cause of death / Si difunto, la causa de mortalidad
Father / Padre	_____	_____
Mother / Madre	_____	_____
Brother / Hermano	_____	_____
Sister / Hermana	_____	_____
Grandparents / Abuelos	_____	_____

REVIEW OF SYSTEMS: / La REVISION DE SISTEMAS: Please indicate if you are now experiencing any of the following: (Please circle answers.)
 Indique por favor si usted sufre cualquiera de lo siguiente: (Por favor de circular su repuestas.)

Abdominal pain / Dolor abdominal	Yes / Si	No	Kidney stones / Piedras de riñones	Yes / Si	No
Anemia / Anemia	Yes / Si	No	Loss of appetite / La pérdida de apetito	Yes / Si	No
Bleeding gums / Ancia sangrientas	Yes / Si	No	Memory loss / Pérdida de memoria	Yes / Si	No
Bleeding or bruising tendency / Tendencia de sangra o moretones	Yes / Si	No	Moles that are irritated or bleeding / Lunares que son irritados o sangran	Yes / Si	No
Blood in urine / Sangre en la orina	Yes / Si	No	Mouth sores / Llagas en la boca	Yes / Si	No
Blurred or double vision / Doble visión o visión enturbiada	Yes / Si	No	Muscle pains or cramps / Dolores de músculos o el músculo obstaculizan	Yes / Si	No
Chest pain or angina pectoris/ Dolor de pecho	Yes / Si	No	Nail changes / Cambio en las uñas	Yes / Si	No
Chronic cough or frequent cough / Tos crónica o frecuente tos	Yes / Si	No	Nasal blockage / Obstrucción nasal	Yes / Si	No
Confusion	Yes / Si	No	Nausea / Náusea	Yes / Si	No
Convulsions or Seizures / Convulsiones	Yes / Si	No	Nausea / Náusea	Yes / Si	No
Depression / Depresión	Yes / Si	No	Nervousness / Nerviosismo	Yes / Si	No
Diabetes	Yes / Si	No	Nose bleeds / Sangra de la nariz	Yes / Si	No
Diarrhea / Diarrea	Yes / Si	No	Palpitation / Palpitaciones	Yes / Si	No
Difficulty in swallowing / Dificultad a tragar	Yes / Si	No	Peptic ulcer / Úlcera péptica	Yes / Si	No
Dizziness / Mareos	Yes / Si	No	Rash or itching / Sarpullido o picor	Yes / Si	No
Excessive thirst or urination / sed excesiva o ganas de orinar	Yes / Si	No	Recent weight change / cambio de peso	Yes / Si	No
Eye disease or injury / Enfermedad de ojo o herida	Yes / Si	No	ringing in ears/ Sonido en los oídos	Yes / Si	No
Fatigue / Fatiga	Yes / Si	No	Shortness of breath / La brevedad de respirar	Yes / Si	No
Fever / Fiebre	Yes / Si	No	Sinus problems / Problemas de sinusitis	Yes / Si	No
Glaucoma	Yes / Si	No	Skin color change / Cambio de color de piel	Yes / Si	No
Hair changes / Cambio en el pelo	Yes / Si	No	Skin dry or flaky / Piel seca o escamosa	Yes / Si	No
Headaches / Dolor de cabeza	Yes / Si	No	Sleep apnea / Apnia de dormir	Yes / Si	No
Hearing loss / Pérdida auditiva	Yes / Si	No	Slow to heal after cuts / Cure lentamente después de cortes	Yes / Si	No
Heart trouble/ Problemas del corazón	Yes / Si	No	Snoring / Ronquidos	Yes / Si	No
Heartburn / Acidez	Yes / Si	No	Spitting up blood / Escupiendo sangre	Yes / Si	No
Hoarseness / Ronquera	Yes / Si	No	Swelling of feet, ankle or hands / Hinchándose de pies, el tobillo o las manos	Yes / Si	No
Incontinence / Incontinencia	Yes / Si	No	Thyroid Problems / Problemas de tiroides	Yes / Si	No
Insomnia / Insomnio	Yes / Si	No	Urination problem / Problema en orinar	Yes / Si	No
Joint pain / Dolor conjunto	Yes / Si	No	Varicose veins / Venas varicosas	Yes / Si	No
Joint stiffness or swelling / Rigidez en la coyuntura o hinchándose	Yes / Si	No	Vomiting / Frecuente vomitar	Yes / Si	No

If the answer to any of the above is yes, please explain: Si la respuesta a cualquiera del encima es sí, explica por favor: _____

Patient Signature/ Firma del Paciente _____ Nurse/ M.A. Signature _____

REVIEWED BY DOCTOR _____ DATE: _____