

PATIENT MEDICAL HISTORY FORM
HISTORIA CLINICA DE PACIENTE

PATIENT NAME: _____

DATE _____

NOMBRE DE PACIENTE: _____

DATE OF BIRTH: _____

OCCUPATION: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____

TRABAJO: _____

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

HISTORIA CLINICA PASADA: Usted tenido cualquiera del siguiente (Por favor de circular su repuestas):

Diabetes / Diabetes	Yes / Si No	High or low blood pressure / Alta o baja presion	Yes / Si No
Cancer / Cancer	Yes / Si No	Stroke / Derrame Cerebral	Yes / Si No
Heart Disease / Enfermedad Cardiaca	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	Sexually Transmitted Infection / Enfermedad de Veneral	Yes / Si No
Lung Disease / Enfermedad Pulm	Yes / Si No		

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

Are you taking or have you ever taken steroids for any reason? / ¿Toma usted o has 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 / ALLERGIAS de MEDICINAS (POR FAVOR LISTA) _____

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

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

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

¿Has 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 cuando aplicable)

1. Do you smoke tobacco? Yes No If yes, how many years _____ Number of packs per day? _____

If you have quit, when did quit? _____ How many packs per day did you smoke? _____

¿Fumas tabaco? Si No ¿Si sí, cuántos años? _____ ¿ El número de paquetes por día? _____

¿Si usted dejó de fumar, cuándo lo dejó? _____ 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 alcohólicas? Si No Si sí, cuántas bebidas a la semana? _____

¿Si dejates de tomar, cuando lo dejó? _____ ¿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 FAMILIAR:

Diseases known / Enfermedades conocidas

Father / Padre _____
 Mother / Madre _____
 Brother / Hermano _____
 Sister / Hermana _____
 Grandparents / Abuelos _____

If deceased, cause of death / Si defunto, la causa de mortalidad

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 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 / Anca sangrientas	Yes / Si	No	Memory loss / Pérdida de memoria	Yes / Si	No
Bleeding or bruising tendency / Tendencia de sangrar o mortones	Yes / Si	No	Moles that are irritated or bleeding / Lunares que son irritados o sangren	Yes / Si	No
Blood in urine / Sangre en la orina	Yes / Si	No	Mouth sores / Liagas en la boca	Yes / Si	No
Blurred or double vision / Doble visión o visión enturbiada	Yes / Si	No	Muscle pains or cramps / Dolores de musculos o el musculo 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	Yes / Si	No
Convulsions or seizures / Convulsiones	Yes / Si	No	Nervousness / Nerviosismo	Yes / Si	No
Depression / Depresión	Yes / Si	No	Nose bleeds / Sangra de la nariz	Yes / Si	No
Diabetes	Yes / Si	No	Palpitation / Palpitaciones	Yes / Si	No
Diarrhea / Diarrea	Yes / Si	No	Peptic ulcer / Ulcera péptica	Yes / Si	No
Difficulty in swallowing / Dificultad a tragar	Yes / Si	No	Rash or itching / Sarpullido o picor	Yes / Si	No
Dizziness / Mareos	Yes / Si	No	Recent weight change / cambio de peso	Yes / Si	No
Excessive thirst or urination / Sed excesivo o ganas de orinar	Yes / Si	No	Ringling in ears / Sonido en los oidos	Yes / Si	No
Eye disease or injury / Enfermedad herida de ojo	Yes / Si	No	Shortness of breath / La brevedad de respirar	Yes / Si	No
Fatigue / Fatiga	Yes / Si	No	Sinus problems / Problemas de sinusitis	Yes / Si	No
Fever / Fiebre	Yes / Si	No	Skin color change / Cambio de color de piel	Yes / Si	No
Glaucoma	Yes / Si	No	Skin dry or flaky / Piel seca o escamosa	Yes / Si	No
Hair changes / Cambio en el pelo	Yes / Si	No	Sleep apnea / Apnia de dormir	Yes / Si	No
Headaches / Dolor de cabeza	Yes / Si	No	Slow to heal after cuts / Cure lentamente después de cortes	Yes / Si	No
Hearing loss / Pérdida auditiva	Yes / Si	No	Snoring / Ronquidos	Yes / Si	No
Heart trouble / Problemas del corazon	Yes / Si	No	Spitting up blood / Escupiendo sangre	Yes / Si	No
Heartburn / Acidez	Yes / Si	No	Swelling of feet, ankle or hands / Hinchándose de pies, tabillo o las manos	Yes / Si	No
Hoarseness / Ronquera	Yes / Si	No	Thyroid problems / Problemas de tiroides	Yes / Si	No
Incontinence / Incontinencia	Yes / Si	No	Urination problem / Problema en orinar	Yes / Si	No
Insomnia / Insomnio	Yes / Si	No	Varicose veins / Venus varicosas	Yes / Si	No
Joint pain / Dolor conjunto	Yes / Si	No	Vomiting / Frecuente vomitar	Yes / Si	No
Joint stiffness or swelling / Rigidez o hinchándose en la coyuntura	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 _____