

History Form – Primary Care

First Name: _____ Last Name: _____ DOB: _____ Date: _____

What name do you like to be called? _____

What is the best number to reach you during the day? () _____ - _____

May we leave a brief message? ☐ Yes ☐ No**Medical History:** Have you ever been treated for any of the following medical conditions?

- | | |
|--|---|
| ☐ No changes | ☐ Cancer |
| ☐ Arthritis | ☐ Depression/anxiety |
| ☐ Diabetes | ☐ Heart problems |
| ☐ High blood pressure | ☐ High cholesterol |
| ☐ Irritable bowel | ☐ Lung problems |
| ☐ Osteoporosis | ☐ Thyroid problems |

Please list any additional medical conditions: _____

Have you ever been hospitalized overnight? ☐ Yes ☐ NoHave you ever had surgery? ☐ Yes ☐ No _____**Medications and Allergies** will be reviewed by clinic staff.

(Please bring your bottles with you or a complete list of everything you take on a regular basis.)

Do you take any supplements (calcium/vitamin D/fish oil/multivitamin)? ☐ Yes ☐ No**Family History:** Please list any known medical problems for the relatives listed below:

For example: diabetes, breast/colon/ovarian/ prostate cancer, heart attacks, high blood pressure, alcohol abuse, depression, skin cancer, osteoporosis.

☐ No changes

Mother: _____

Father: _____

Brothers/Sisters: _____

Children: _____

Other: _____

Habits:

What do you do for exercise? _____

How often? _____

Tobacco (chew / smoke): _____ per day

Alcohol (beer / wine, etc.): _____ per day

Street Drugs (marijuana, etc.): _____

Caffeine (coffee / tea / soda): _____ per day

Any trouble sleeping? ☐ Yes ☐ No

Describe your eating habits: (poor, well-balanced, vegetarian, gluten-free, etc.) _____

Do you eat out more than twice a week? ☐ Yes ☐ No**Social History:**Are you retired? ☐ Yes ☐ No

Work Type: _____

Do you enjoy your job? _____

Any major stresses in your life?

Relationship Status:☐ Married ☐ Single ☐ Widowed☐ Divorced/Separated☐ In a relationship
How long? _____

Who do you live with: _____

How many children do you have? _____

Do you feel you ever have been abused (verbally, physically, or sexually)? ☐ Yes ☐ No

Do you wear seatbelts/helmets?

☐ Yes ☐ No ☐ Sometimes

Do you wear sunscreen?

☐ Yes ☐ No ☐ Sometimes

Do you have an eye exam at least every two years?

☐ Yes ☐ NoDo you have a dental exam at least yearly? ☐ Yes ☐ No

REVIEW OF SYSTEMS

Please circle any current symptoms below:

General Symptoms:

Fever, unexplained tiredness, swollen glands, excessive thirst, feeling unusually hot or cold, easy bruising or bleeding, passing out

Eyes:

Vision loss, eye pain, blurred vision

Ears/Nose/Mouth & Throat:

Sore throat, runny nose, hearing loss, problems with mouth, voice changes

Breasts:

Lumps, skin changes, nipple discharge

Lungs & Heart:

Chest pain/pressure, irregular heart beat, cough, wheezing, breathing trouble

Skin:

Rashes, changing moles, changes in hair/skin/nails

Neurological:

Unusual or new headaches, weakness or numbness, falling

Abdomen:

Nausea, vomiting, pain, heartburn, diarrhea, constipation, bloody stools

Sleep:

Difficulty falling asleep, frequent awakening

Musculoskeletal:

Joint/muscle pain, muscle weakness

Mood:

Worry too much, felt down and depressed in the last two weeks, loss of desire to do things you used to enjoy, thoughts of self harm or suicide

Men Only:

Difficulty starting or weak stream, difficulty getting/maintaining erections, feeling like bladder won't empty, getting up at night to urinate, testicular pain/lumps, possible sexually transmitted infections

Women Only:

Heavy periods, bleeding after menopause, sexual concerns, unusual vaginal discharge, possible sexually transmitted infections, severe pain with periods, leaking urine

Period Questions:

Still having periods? ☐ Yes ☐ No

☐ Regular ☐ Irregular

Date of last period: _____

Birth Control type: _____

Hysterectomy: ☐ Yes ☐ No

If yes, what age? _____

Due to what? _____

Number of pregnancies: _____

_____ Vaginal deliveries

_____ C-section deliveries

_____ Other (stillbirth, miscarriage/abortion)

Diabetes in pregnancy? ☐ Yes ☐ No

Have you ever had an abnormal

pap or colposcopy? ☐ Yes ☐ No

Other:

List any symptoms not mentioned:

*****The following will be completed and used by clinic staff:*****

Prevention

Women:

Last Pap Test: _____

Chlamydia Screening: _____

Mammogram: _____

Bone Density: _____

Men:

PSA Screening: _____

Everyone:

Colonoscopy: _____

Lipid Panel: _____

Fasting Glucose _____ HgbA1c _____

Immunizations:

Tdap: _____ Zostavax: _____

Pneumovax: _____ Influenza: _____

Gardasil: _____

Formulario Historial – Atención Primaria

Primer Nombre: _____ Apellido: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Fecha: _____

¿Qué nombre le gusta usar? _____

¿Cuál es el mejor numero de telefono durante el dia? () _____ - _____

¿Podemos dejar un mensaje breve? ☐ Si ☐ No

Historia Medica: ¿Ha recibido tratamiento alguna vez por alguna de las siguientes condiciones médicas?

- | | |
|--|--|
| ☐ No cambios | ☐ Cancer |
| ☐ Artritis | ☐ Depresion/Ansiedad |
| ☐ Diabetes | ☐ Problemas del Corazon |
| ☐ Presion Arterial Alta | ☐ Colesterol Alto |

Por favor indique cualquier condicion medica adicional:

¿Alguna vez ha estado hospitalizado(a) durante le noche?

☐ Si ☐ No

- | | |
|--|--|
| ☐ Intestino Irritable | ☐ Problemas del Pulmon |
| ☐ Osteoporosis | ☐ Problemas de Tiroides |

¿Alguna vez ha tenido cirugia? ☐ Si ☐ No _____

Medicaciones y alergias seran revisadas por el personal de la clínica.

(Por favor traer sus botellas o una lista completa de todo lo que consume en una basis regular.)

¿Toma algún suplemento? (calcio/vitamina D/aceita de pescado/multivitamina)? ☐ Si ☐ No

Historial Familiar: Por favor indique cualquier problema medico conocido de los familiares siguientes:

Por ejemplo: diabetes, cancer de mama/colon/ovario/piel/
prostata, infarto de corazon, presión arterial alta, abuso de
alcohol, depresión, osteoporosis, etc.

☐ No cambios

Madre: _____

Padre: _____

Hermano(a)(s): _____

Hijo(a)(s): _____

Otro: _____

Habitos:

¿Qué hace para el ejercicio? _____

¿Que tan seguido? _____

Tobaco (mastico / fumo): _____ al dia

Alcohol (cerveza / vino, etc.): _____ al dia

Drogas Callejeras (marijuana, etc.) _____

Cafeina (cafe / te / soda): _____ al dia

¿Algun problema para dormir? ☐ Si ☐ No

Describe sus habitos de comer: (pobre, bien equilibrado,
vegetariano, sin gluten, etc.) _____

¿Come afuera mas de 2 veces/semana? ☐ Si ☐ No

Historial Social:

¿Es retirado? ☐ Si ☐ No

Tipo de trabajo: _____

¿Disfruta su trabajo? _____

Estado de Relacion:

☐ Cazado(a) ☐ Soltero(a) ☐ Viudo(a)

☐ Divorciado(a)/Separado(a)

☐ En una relacion

¿Cuanto tiempo? _____

¿Usa cinturones de seguridad/cascos?

☐ Si ☐ No ☐ A veces

¿Usa protector solar?

☐ Si ☐ No ☐ A veces

¿Algun estres mayor en la vida?

¿Con quien vive? _____

¿Cuantos hijos tiene?

¿Siente que alguna vez ha sido victima
de abuso (verbal, fisico, o
sexual?) ☐ Si ☐ No

¿Se hace examen de la vista al menos
cada 2 años?

☐ Si ☐ No

¿Se hace examen dental al menos
cada año? ☐ Si ☐ No

REVISO DE SISTEMAS

Por favor marque con un circulo cualquier sintoma corriente:

Síntomas Generales:

Fiebre, cansancio inexplicable, inflamación de las glándulas, sed excesiva, sensación de calor/frío inusuales, facilidad para la aparición de hematomas o sangrado, desmayos

Ojos:

Perdida de vision, dolor en el ojo, vista borrosa

Orejas/Nariz/Boca y Garganta:

Dolor de garganta, secreción nasal, perdida de escuchar, problemas bucales, cambios en la voz

Mamas:

Bultos, cambios en la piel, secreción del pezón

Pulmones y Corazon:

Dolor/presión en el pecho, latidos cardiacos irregulares, tos, sibilancias, dificultad para respirar

Piel:

Erupciones, cambios en los lunares, cambios en el cabello, la piel o las uñas

Neurologica:

Dolores de cabeza inusuales o nuevos, debilidad o entumecimiento, caídas

Abdomen:

Nauseas, vomito, dolor, acidez, diarrea, constipación/ estreñimiento, heces con sangre

Dormir:

Dificultad para dormir, despertar frecuente

Musculoesqueletico:

Dolor articular/muscular, debilidad muscular

Humor:

Preocupacion excesiva, sensacion de tristeza y depresión en las ultimas 2 semanas, perdida de interés por hacer cosas que antes disfrutaba, pensamientos de dañarse o suicidio

Solo Hombres:

Dificultad para iniciar la micción o chorro débil, dificultad para lograr o mantener una erección, sensación de no vaciar la vejiga, necesidad de levantarse por la noche para orinar, dolor o bultos testiculares, posibles infecciones de transmisión sexual

Solo Mujeres:

Menstruaciones abundantes, sangrado posmenopáusico, problemas sexuales, flujo vaginal inusual, posibles infecciones de transmisión sexual, dolor menstrual intenso, fuga de orina

Preguntas sobre el periodo:

¿Todavía tiene menstruación?

☐ Si ☐ No

☐ Regular ☐ Irregular

Fecha del ultimo periodo: _____

Tipo de contracepcion: _____

Histerectomia: ☐ Si ☐ No

En caso afirmativo, ¿a que edad? ____

¿Debido a que? _____

Numero de embarazos: _____

_____ Partos Vaginales

_____ Cesarea

_____ Otro (Nacimiento de un niño muerto, malparto/aborto)

Diabetes durante embarazo? ☐ Si ☐ No

¿Alguna vez ha tenido un resultado que no es normal en una prueba de papanicolaou o colposcopia? ☐ Si ☐ No

Otro (enumere cualquier sintoma no mencionado): _____

*****Lo siguiente será completado y utilizado por el personal de la clínica:*****

*****The following will be completed and used by clinic staff:*****

Prevention

Women:

Last Pap Test: _____

Chlamydia Screening: _____

Mammogram: _____

Bone Density: _____

Men:

PSA Screening: _____

Everyone:

Colonoscopy: _____

Lipid Panel: _____

Fasting Glucose _____ HgbA1c _____

Immunizations:

Tdap: _____ Zostavax: _____

Pneumovax: _____ Influenza: _____

Gardasil: _____