

PATIENT HEALTH HISTORY

HISTORIA DE SALUD DEL PACIENTE

Today's Date/ Fecha de Hoy:		PCP:	
PATIENT INFORMATION/ INFORMACION DE PACIENTE			
Patient's last name/ Apellido de Paciente:	First/ Primer:	Middle/ Segundo:	Birth date/ Fecha de nacimiento: ____/____/____
PAST MEDICAL HISTORY/ ANTECEDENTES MEDICOS			
(Please check all that apply) (Marque todos que aplican)			
☐ Asthma/ Asma ☐ Atrial Fibrillation ☐ Anemia ☐ Anxiety/ Ansiedad ☐ Autoimmune Disorder/ Desorden Autoinmune ☐ Blood Transfusions/ Transfusion de Sangre ☐ Brain Tumor/ Tumor Cerebral ☐ Cirrhosis ☐ CVA/ Stroke/ Derrame Cerebral ☐ C O P D ☐ Colon Cancer/ Cancer de Colon ☐ Coronary Heart Disease/ Enfermedad Cardiaca Coronaria	☐ Crohn's Disease/ Enfermedad de Crohn's ☐ C R F- Kidney Failure/ Insuficiencia renal ☐ Depression/ Depresión ☐ Diabetes – Type/ Tipo 1 o 2 ☐ Diverticulitis ☐ Blood Clot/ Coágulos de Sangre _____ ☐ Sangrado gastro intestinal- Ulceras ☐ G E R D ☐ Hemochromatosis ☐ High Cholesterol/ Colesterol Alto ☐ High Blood Pressure/ Presión Alta	☐ Gastritis ☐ Hepatitis A / B / C ☐ Infertility/ Infertilidad ☐ Kidney Disease/ Enfermedad de riñones ☐ Kidney Stone/ Piedras en los riñones ☐ Liver Disease/ Enfermedad de Hígado ☐ Heart Attack/ Ataque Cardiaco ☐ Neurologic Disorder/ Desorden Neurológicos ☐ Arthritis/ Artritis ☐ Osteoporosis ☐ Rheumatoid Arthritis/ Artritis reumatoide	☐ Seizure Disorder/ Desorden de Convulsiones ☐ Thyroid Disorder/ Desorden de tiroides ☐ Tuberculosis (TB) ☐ Valvular Heart Disease/ Enfermedad Cardiaca Valvular ☐ U T I- Recurrent/ Infecciones urinarios-Recurrente ☐ Varicose Veins/ Várices / Phlebitis ☐ Abnormal Pap Smear/ Papanicolaou Anormales ☐ Breast Cancer/ Cancer de Cenos ☐ Diabetes – Gestational/ Gestacional ☐ Estrogen Replacement Therapy/ Terapia de remplazó de estrógeno ☐ Other/ Otro _____
PAST SURGICAL HISTORY/ ANTECEDENTES QUIRURGICOS			
(Please check all that apply) (Marque todos que aplican)			
☐ Amputation/ Amputación _____ ☐ AV Fistula Creation/ AV Creación de Fistula ☐ AV Graft/ AV Injerto de la Avenida ☐ Aortic Valve Replacement/ Remplazó de válvula ortica ☐ Appendectomy/ Apendectomía ☐ Arteriofemoral Bypass ☐ AICD ☐ Back Surgery/ Cirugía de Espalda ☐ Breast Surgery/ Cirugía de Cenos ☐ Bronchoscopy/ Broncoscopia	☐ CABG ☐ Carotid Endarterectomy/ Endarterectomia Carótida ☐ Carpal Tunnel ☐ Cataract Surgery/ Cirugía de Cataratas ☐ Gallbladder removed/ Vesícula Removida ☐ Colon Resection/ Resección del Colon ☐ Craniotomy/ Craneotomía ☐ Weight Loss Surgery/ Cirugía para perdida de peso ☐ Hemorrhoidectomy/ Hemoroidectomia	☐ Hip replacement/ Remplazó de cadera ☐ Interventional pain procedure/ procedimiento intervencional dolor ☐ Arthroscopy/ Artroscopia _____ ☐ Lumpectomy/ Tumorectomia ☐ Mastectomy R / L / Both Mastectomía D / I / Dos ☐ Mitral Valve Replacement/ Remplazó de la válvula Mitral ☐ Nephrectomy / Nefrectomía ☐ Pacemaker/ Marca pasos ☐ Parathyroidectomy/ Paratiroidectomia ☐ PTCA / angioplasty/ angioplastia	☐ Rotator Cuff Repair/ Reparación del musculo rotador ☐ Hysterectomy/ Histerectomía ☐ Tonsillectomy/ Amigdalotomía ☐ Dialysis/ Diálisis ☐ Urinary incontinence surgery/ Cirugía- incontinencia Urinaria ☐ Anesthesia Problem – Yes / No Problemas con anestesia- Si/ No ☐ Surgical Complications –Yes / No Complicaciones quirúrgicos- Si/ No ☐ Joint Replacement/ Remplazó de Coyuntura ☐ Other/ Otros _____

FAMILY HISTORY/ANTECEDENTES FAMILIARES

(Please check all that apply and state who had disease) (marque los que aplican y quien tiene la enfermedad)

- | | | | |
|---|---|--|--|
| ☐ Unknown/ Desconocido | ☐ Bleeding Disease/ Enfermedad de sangramiento _____ | ☐ Lung/Respiratory Pulmones/Respiratorios _____ | ☐ Ovarian Cancer/ Cancer de Ovarios _____ |
| ☐ Alcoholism/ Alcolismo _____ | ☐ Breast Cancer/ Cancer de Cenos _____ | ☐ Osteoporosis _____ | ☐ Sleep Apnea/ Apnea del Sueno _____ |
| ☐ Anemia _____ | ☐ Colon Cancer/ Cancer de Colon _____ | ☐ Cervical Cancer _____ | ☐ Anesthesia Problem – Yes / No Problemas de Anestesia- Si / No |
| ☐ Arthritis/ Artritis _____ | ☐ Depression _____ | ☐ Heart Attack male < 55 _____ Ataque Cardíaco Masculino <55 | ☐ Surgical Complications – Yes / No Complicaciones Quirúrgicas- Si / No |
| ☐ Anesthetic Complications/ Complicaciones con anestesia _____ | ☐ Diabetes _____ | ☐ Heart Attack female < 65 _____ Ataque Cardíaco Femenino <65 | ☐ Other/ Otro _____ |
| ☐ Anxiety/ Ansiedad _____ | ☐ Heart Disease/ Enfermedad de Corazón _____ | ☐ Growth/Development Crecimiento/ Desarrolló _____ | |
| ☐ Asthma/ Asma _____ | ☐ Hypertension/ Presión Alta _____ | ☐ Headaches/ Dolor de Cabeza _____ | |
| ☐ Birth Defects / Defectos de Nacimiento _____ | ☐ High Cholesterol/ Colesterol Alto _____ | ☐ Lung Cancer/Cancer de Pulmones _____ | |

SOCIAL HISTORY / RISK FACTORS/HISTORIAL SOCIAL Y FACTORES DE RIESGO

(Please check all that apply) (Marque todos que aplican)

Tobacco Use/ Uso de Tabaco

Smoking Status/ Estado de Fumar:

- ☐ current every day smoker _____ppd
Fumador Actual- todos los días _____ppd
- ☐ former smoker quit/ Fumaba antes?: _____
- ☐ Second hand smoke exposure when? / Expuesto a humo de segunda mano- Cuando? _____
- ☐ Never Smoked/ Nunca a Fumado

Drug Use/ Uso de Drogas ☐ Yes/ Si ☐ No

HIV high risk behavior/Comportamiento de alto riesgo para VIH

- ☐ Yes/ Si ☐ No
- ☐ Exercise/Ejercicio _____ x per week/ por semana
- ☐ Seat Belt Use/ Uso de Cinturón 100% / 75% / 50% / 25% / 0%
- ☐ Sun Exposure- Expuesto al sol/ Frequently- frecuenté / Occasionally- Ocasional / Rarely- Raro / Remote-lejano
- ☐ Medication Allergies/Alergias a Medicamentos _____
- ☐ Food / Environmental Allergies- Comida/ Alergias al medio ambiente _____

Alcohol Use/ Uso de Alcohol ☐ Yes/ Si ☐ No

Type/ Tipo:

(drinks/day)/ (bebidas/día): _____

Caffeine use/ Uso de Cafeína (drinks/day)/ (bebidas/día): _____

Have you/ Usted a:

- felt the need to cut down/Sentido que necesita cortarle al consumo
☐ Yes/ Si ☐ No
- been annoyed by complaints/ Sentido molesto de quejas ☐ Yes/ Si ☐ No
- felt guilty re-drinking/ Siente culpable por tomar de nuevo ☐ Yes/ Si ☐ No
- needed eye opener in a.m./Ocupado un abre ojos por la mañana
☐ Yes/ Si ☐ No
- Counseled to quit/cut down/ Aconsejado a parar/cortarle al consumo
☐ Yes/ Si ☐ No
- ☐ HX Domestic Abuse/Abuso Domestico
- Marital Status: S / M / D / W Estado Matrimonial: S / C / D / V
- Employed/Empleado: _____
- Reaction/Reacción _____
- Reaction/Reacción _____

Patient/Guardian signature/ Firma de Paciente/ Guardian:

Date/ Fecha: