

Medical History  
Historia Medica

Name/Nombre: \_\_\_\_\_ Date/Fecha: \_\_\_\_\_

Age/Edad: \_\_\_\_\_

How would you rate your general health?/ ¿Cómo calificaría su salud general: \_\_\_\_\_  
excellent/excelente, \_\_\_\_\_ good/Bueno(a), \_\_\_\_\_ fair/razonable, \_\_\_\_\_ poor/pobre

Present Health Concerns/Problemas de salud presentes:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Current Medications/Medicaciones Actuales: (include prescriptions and over the counter Vitamines, Home Remedies, Birth Control Pills and Herbs)/(incluya prescripciones y sobre las Vitaminas contrarias, remedios de casa, píldoras anticonceptivas e hierbas): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Allergies, Reactions to Medications/Alergias, Reacciones a Medicamentos: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Past Medical History: Indicate whether you have/had any of the medical problems listed below  
Historial Médico Pasado: Indique si ha/tiene alguno de los problemas médicos puestos en la lista abajo

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> High Blood Pressure/Alta Presión Arterial.                      | <input type="checkbox"/> Stroke/Derrame Cerebral                 |
| <input type="checkbox"/> High Cholesterol/Colesterol Alto                                | <input type="checkbox"/> Diabetes/La Diabetes                    |
| <input type="checkbox"/> Thyroid Problems/Problemas de la Tiroides                       | <input type="checkbox"/> Depression, Suicide/Depresion, Suicidio |
| <input type="checkbox"/> Heart Disease/Heart Attack/Ataque cardíaco, Enfermedad cardíaca |  |
| <input type="checkbox"/> Bleeding/Clotting Problems/Sangrando, problemas de coagulación  |  |

Cancer (Specify/especificar): \_\_\_\_\_

Blood Transfusión/Transfusión de Sangre(with dates/con fechas): \_\_\_\_\_

Other Problems/Otros Problemas (Specify/Especificar): \_\_\_\_\_

Surgeries, Hospitalizations/Sergeries, hospitalizaciones (with dates/con Fechas): \_\_\_\_\_

Do you exercise regularly?/¿Usted hace ejercicio con regularidad? \_\_\_\_\_ No \_\_\_ Yes/Si  
What kind of exercise?/¿Qué tipo de ejercicio?: \_\_\_\_\_

How World you rate your diet?/¿Cómo calificaría la dieta?:  
\_\_\_ Excellent/Excelente, \_\_\_ Good/Bueno \_\_\_ Fair/Razonable, \_\_\_ Poor/Pobre.

Are you satisfied with your weight?/¿Está satisfecho con su peso? \_\_\_\_\_ No \_\_\_ Yes/Si

Do you drink alcohol?/¿Bebes alcohol: \_\_\_\_\_ No \_\_\_ Yes/Si

Number of drinks?/Número de bebidas?: day/week/month \_\_\_\_\_ por día/semana/mes: \_\_\_\_\_

Coffee, Tea/café, t  : Cups/day \_\_\_\_\_ Copas/dia \_\_\_\_\_

Soda: cans or bottles/day \_\_\_\_\_ Sadas: latas o botellas/dia \_\_\_\_\_

Is your alcohol use a concern for you/others? \_\_\_\_\_ Su consumo de alcohol es un problema para usted o para otras personas? \_\_\_\_\_

Do/Did you use tobacco?/¿ha usado tabaco? \_\_\_\_\_ No \_\_\_ Yes/Si For How Long?/ Durante cuánto tiempo? \_\_\_\_\_ Cigarettes/day \_\_\_\_\_ Cigarrillos/día \_\_\_\_\_

If you did use tobacco when did you quit?/¿Si usaste tabaco Cuándo dejaste? \_\_\_\_\_

**Preventative Care/Cuidado Preventivo:** When was your most recent/? ¿Cuándo fue su más reciente?:

Tetanus Booster/Del Tétanos \_\_\_\_\_

Chicken Pox/Varicela: \_\_\_\_\_

Sigmoidoscopy: \_\_\_\_\_

TB skin Test/ TB prueba de la piel: \_\_\_\_\_

Cholesterol Test/Prueba de colesterol: \_\_\_\_\_

Flu Shot/vacuna contra la gripe: \_\_\_\_\_

Stool Test for blood/Examen de sangre en heces: \_\_\_\_\_

Hepatitis B vaccine/vacuna de la hepatitis B: \_\_\_\_\_

Dental checkup/chequeo dental: \_\_\_\_\_

Pneumonia Vaccine/ vacuna de la pulmonía: \_\_\_\_\_

Exam By Eye Doctor/Examen médico de los ojos: \_\_\_\_\_

**Woman's Health History/Historia de la Salud de la Mujer:**

First day of most recent menstrual period/Primer día del período menstrual más reciente: \_\_\_\_\_

**Family History/Historia familiar:** Is there any family history of the following?/¿Hay algún antecedente familiar de los siguientes? (Please indicate who had the condition/Por Favor indique quien tenía la condición)

Alcoholism/Alcoholismo: \_\_\_\_\_ Heart Disease/Enfermedad Cardíaca: \_\_\_\_\_

Bleeding, clotting problems/Sangrando, problemas de coagulación: \_\_\_\_\_

Diabetes/La Diabetes: \_\_\_\_\_ Thyroid problems/Problemas de la Tiroides: \_\_\_\_\_

High Blood Pressure/Alta Presión Arterial: \_\_\_\_\_ High Cholesterol/Colesterol Alto: \_\_\_\_\_

Depression,Suicide/Depresion, Suicidio: \_\_\_\_\_ Heart Attacks/Ataque cardíaco: \_\_\_\_\_

Cancer: \_\_\_\_\_ skin/piel: \_\_\_\_\_ Breast/Seno: \_\_\_\_\_ Colon: \_\_\_\_\_ Prostate/Prostata: \_\_\_\_\_  
Ovary/Ovario: \_\_\_\_\_ Lungs/Pulmones: \_\_\_\_\_

Other/Otros (specify/especificar): \_\_\_\_\_

	Living/vivos	Age now/or at death Edad ahora o en el momento de la muerte	Major Illnesses/cause of death Enfermedades, causa de la muerte
Mother: Madre	_____	_____	_____
Father: Padre	_____	_____	_____
Sister(s): Hermana(s)	_____	_____	_____
Brother(s): Hermano(s)	_____	_____	_____
Children: Hijos	_____	_____	_____

**Social History/Historia social:**

Education/Educación: \_\_\_\_\_ Marital Status/Estado Civil: \_\_\_\_\_

Occupation/Ocupación: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Name/Nombre Signature/Firma Date/Fecha

**Review Of Symptoms/Revisión de los síntomas:**

**Constitutional/Constitucional**

- Fever, Chills, Sweats/Fiebre, Resfriado, Sudor
- Unexplained weight loss or gain/Inexplicable aumento o pérdida de peso
- Change in energy or weakness/Cambio de energía o debilidad
- Excessive thirst or urination/sed excesiva o micción

**Breast, Chest/Seno, Pecho**

- Breast lump, nipple discharge/Tumor de mama o secreción del pezón

**Ears, Nose, Throat/Las orejas, la nariz, la garganta**

- Difficulty hearing or ringing in ears/Dificultad para oír o zumbido en los oídos
- Problems with teeth or gums/Problemas con los dientes o las encías
- Hay Fever/Alegria al polen

**Respiratory/Respiratorio**

- Cough, Wheeze, Shortness of Breath/Tos, asmático, Falta de aliento

**Gastrointestinal**

- Abdominal Pain/Dolor abdominal
- Nausea, Vomiting, Diarrhea/nauseas, vómito, diarrea
- Blood in Bowel Movement/Sangre en evacuación intestinal

**Cardiovascular**

- Chest Pain/Dolor en el pecho
- Murmur/Soplo de pecho
- Palpitations/Palpitaciones

**Genitourinary**

- Painful urination/Dolor al orinar
- Discharge: penis or Vagina/Secreción: del pene o de la vagina
- Unusual vaginal bleeding/sangría vaginal extraña

**Neurological/Neurológico**

- dizziness, Ligh-headed/mareo,
- Numbness/entumecimiento
- Headaches/Dolores de cabeza

**Muscular, Skeletal/ Muscular Esquelético**

- Muscle, joint pain/dolor musculares o articulares
- Loss of Coordination/pérdida de la coordinación

**Eyes/Ojos**

- Change in Vision/cambio en la visión

**Skin/La Piel**

- Rash/ Sarpullido
- Change in mole/cambios en lunares

**Psychiatric/Psiquiátrico**

- Anxiety/Ansiedad
- Depression/Depresion

**Blood/Sangre**

- Easy Bruising, Bleeding/Sangrado o moretones con facilidad

**Other/Otro (explain/explica):** \_\_\_\_\_