

Antecedentes de salud / Patient Health History

Fecha / Date: _____ N.º de cuenta / Acct# _____

Apellido / Last Name: _____ Nombre / First Name: _____

Inicial del segundo nombre / MI: _____

Estatura / Height: _____ Peso / Weight: _____

Indique los motivos de su visita a nuestro consultorio hoy / Please list the reason(s) for your visit to our office today: _____

Indique todas las alergias, incluidas a medicamentos, mariscos, yodo, cinta, látex, etc. / Please list all allergies including medications, shellfish, iodine, tape, latex, etc.

Medicamento / Medication Reacción / Reaction

1. _____
2. _____
3. _____

Indique todos los medicamentos que esté tomando. Esto incluye los medicamentos de venta libre. (Incluya vitaminas, hierbas y supresores del apetito.) Si no le alcanza el espacio, le daremos una página adicional para mayor comodidad. / Please list all medications that you are currently taking. This includes any over-the counter medications. (Please include any vitamins, herbs and/or appetite suppressants.) If additional space is needed, we will provide an additional page for your convenience.

<u>Medicamento y dosis</u> <u>Medication and Dosage</u>	<u>Cant. de veces por día</u> <u>Times per Day</u>	<u>Medicamento y dosis</u> <u>Medication and Dosage</u>	<u>Cant. de veces por día</u> <u>Times per day</u>
1. _____	_____	6. _____	_____
2. _____	_____	7. _____	_____
3. _____	_____	8. _____	_____
4. _____	_____	9. _____	_____

¿Tiene alguna limitación física? / Do you have any physical limitations? Sí/Yes / No

Explique / Explain. _____

¿Alguna vez le hicieron una transfusión de sangre? / Have you ever had a blood transfusion? Sí/Yes / No
¿Cuándo? / When? _____ ¿Había reacción? / Reaction? Sí/Yes / No

Encierre en un círculo las cirugías que correspondan e indique la fecha de la cirugía:

Amígdalas / Tonsils _____ Cataratas / Eye Cataract _____ Oído / Ear _____

Nariz / Nose _____ Carótida (arteria del cuello)/ Carotid (neck artery) _____

Pulmón / Lung _____ Espalda / Back _____ Colon / Colon _____

Corazón: Bypass/Válvula / Heart: Bypass/Valve _____ Vesícula biliar / Gallbladder _____

Hígado / Liver _____ Bazo / Spleen _____ Apéndice / Appendix _____

Arterias de las piernas / Arteries in leg(s) _____ Aneurisma / Aneurysm _____

Cánceres de piel / Skin Cancers _____ Quemaduras / Burns _____

Hernia / *Hernia* _____ Otra / *Other* _____

¿Alguna vez lo hospitalizaron por alguna razón que no fuese cirugía? / *Have you ever been hospitalized for any reason besides surgery:* *Sí/Yes / No*

Razón / *Reason* _____

Encierre en un círculo los problemas médicos que tenga ahora o haya tenido antes / *Please circle any of the following medical problems you now have or have had in the past:*

Sarampión / <i>Measles</i>	Paperas / <i>Mumps</i>	Tos ferina / <i>Whooping Cough</i>	Varicela / <i>Chicken Pox</i>
Viruela / <i>Smallpox</i>	Poliomielitis / <i>Polio</i>	Fiebre reumática / <i>Rheumatic Fever</i>	Difteria / <i>Diphtheria</i>
Rubéola / <i>Rubella</i>	Coágulo de sangre en una arteria / <i>Blood clot in artery</i>	Coágulo de sangre en una vena / <i>Blood clot in vein</i>	Lesión en la cabeza / <i>Head injury</i>
Enfisema / <i>Emphysema</i>	Accidente cerebrovascular / <i>Stroke</i>	Asma / <i>Asthma</i>	Sibilancias / <i>Wheezing</i>
Hepatitis / <i>Hepatitis</i>	Neumonía / <i>Pneumonia</i>	Coágulo de sangre en pulmón / <i>Blood clot in lung</i>	Ceguera / <i>Blindness</i>
Tuberculosis / <i>Tuberculosis</i>	Cataratas / <i>Cataracts</i>	Insuficiencia renal / <i>Kidney Failure</i>	Enfermedad de válvula cardíaca / <i>Heart Valve Disease</i>
Ataque cardíaco / <i>Heart Attack</i>	Glaucoma / <i>Glaucoma</i>	Cálculos renales / <i>Kidney Stones</i>	Diabetes / <i>Diabetes</i>
Presión arterial alta / <i>High Blood Pressure</i>	Cálculos biliares / <i>Gallstones</i>	Problemas de la tiroides / <i>Thyroid Problems</i>	Cáncer / <i>Cancer:</i> Tipo / <i>Type</i> _____
Enfermedad de la arteria coronaria / <i>Coronary Artery Disease</i>	Calambres en las piernas / <i>Leg Cramps</i>	Apnea del sueño / <i>Sleep Apnea</i>	Otros / <i>Other:</i> _____
Angina de pecho / <i>Angina</i>	Dificultad para respirar / <i>Shortness of breath</i> _____ en reposo / <i>at rest</i> _____ con esfuerzo / <i>with exertion</i>		

¿Usa anteojos / *Do you wear glasses?* *Sí/Yes / No*

Razón/Reason: Lectura/ *Reading* Miopía / *Near-sightedness* Hipermetropía / *Far-sightedness* Otra / *other*

¿Alguno de sus familiares de sangre (madre, padre, hermano/a, hijo/a, abuelo/a) tiene alguna de los siguientes problemas de salud? (Encierre en un círculo todas las opciones que correspondan) / *Do any of your blood relatives (mother, father, sister, brother, child, grandparent) have any of the following conditions? (Circle all that apply)*

Presión arterial alta / <i>High Blood Pressure</i>	Insuficiencia renal / <i>Kidney Failure</i>
Enfermedad de válvula cardíaca / <i>Heart Valve Disease</i>	Accidente cerebrovascular / <i>Stroke</i>
Enfermedad / Ataque cardíaco / <i>Heart Disease / Attack</i>	Diabetes / <i>Diabetes</i>
Tuberculosis / <i>Tuberculosis</i>	Glaucoma / <i>Glaucoma</i>
Gota / <i>Gout</i>	Asma / <i>Asthma</i>
Artritis / <i>Arthritis</i>	Trastornos de la sangre / <i>Blood Disorders</i>
	Trastornos mentales / <i>Mental Disorders</i>

Tipo de cáncer / *Cancer Type:* _____

Dieta habitual / *Usual Diet:* _____

¿Bebe alcohol / *Do you drink alcohol?* *Sí/Yes / No*

Cerveza/vino/licor fuerte / *Beer / Wine / Hard Liquor* Cant. de vasos de 8 onzas por día / *of 8-oz glasses per day* _____

¿Fuma o alguna vez fumó / *Do you now or have your ever smoked?* *Sí/Yes / No*

Cant. de paquetes por día / *#of packs per day* _____ Cant. de años / *of years* _____

¿Cuándo dejó de fumar / *When did you quit?* ¿Puros / *Cigars?* *Sí/Yes / No* ¿Pipa / *Pipe?* *Sí/Yes / No*

¿Consume drogas ilegales o abusa de medicamentos recetados / *Do you use illicit drugs or abuse prescription medicines?* *Sí/Yes / No*

Tipo / *Type* _____ ¿Con qué frecuencia / *How often?* _____

¿Hace ejercicio / *Do you exercise?* *Sí/Yes / No* Cant. de veces por semana / *# times per week* _____

Cant. de minutos cada vez / *minutes each time* _____

Cantidad de hijos / *Number of children* _____

Estado de salud / *Health status:* Bueno / *Well* | Enfermedad crónica / *Chronic illness*

Cant. de fallecidos / *Number Deceased* _____

Padres / *Parents:* Madre / *Mother:* Vive / *Living* / Falleció/ *Deceased* -Edad / *Age:* _____

Padre/ *Father:* Vive / *Living* / Falleció/ *Deceased* -Edad/ *Age:* _____

Causa de muerte (si se conoce) / *Cause of death (if known) :* _____

Cant. de hermanos y hermanas: _____

Estado de salud / *Health status:* Bueno / *Well* / Enfermedad crónica / *Chronic illness* / Fallecido / *Deceased* (# _____)

REVISIÓN DE LOS SISTEMAS / *REVIEW OF SYSTEMS*

Las siguientes preguntas se refieren a problemas de salud que tiene ahora o que tuvo antes. Encierre en un círculo las opciones que correspondan. / *The following questions relate to health problems you have or have had in the past. Please circle the appropriate conditions.*

Neurológicos / *Neurological*: Convulsiones / *seizures*, Vértigo / *vertigo*, ACV anterior / *previous stroke*, Aneurisma / *aneurysm*
Deficiencia auditiva / *hearing impairment*, Otro / *other*

Endocrinos/hormonales / *Endocrine/Hormonal*: Enfermedad tiroidea / *thyroid disease*, Enfermedad suprarrenal / *adrenal disease*
Bocio / *goiter*, Otro / *other*

Oftalmológicos / *Ophthalmologic*: Glaucoma / *glaucoma*, Cataratas / *cataracts*, Deficiencia visual / *visual impairment*, Otro / *other*

De oído, nariz y garganta / *Ear, Nose, Throat*: Ronquido / *snoring*, Audífonos / *hearing aids*, Ronquera / *sinus*, sinusal / *hoarseness*
Hemorragias nasales / *nose bleeds*

Gastrointestinales / *Gastrointestinal*: Hernia hiatal / *hiatal hernia*, Esófago con reflujo / *reflux esophagus*, Enfermedad del esófago / *esophageal disease*, Úlceras / *ulcers*, Gastritis / *gastritis*, Duodenitis / *duodenitis*, Hepatitis / *hepatitis*, Ictericia amarilla / *yellow jaundice*, Otra hepatopatía / *other liver disease*, Cálculos biliares / *gallstones*, Enfermedad de la vesícula biliar / *gallbladder disease*, Enfermedad pancreática / *pancreatic disease*, Estreñimiento crónico / *chronic constipation*, Diarrea / *diarrhea*, Diverticulitis / *diverticulitis*, Hemorragia digestiva / *GI bleed*, Crohn / *Crohn's*, Colitis ulcerosa / *ulcerative colitis*, Colon irritable / *irritable bowel*, Otra enfermedad intestinal / *other intestinal disease*

Renales / *Renal*: Insuficiencia renal / *renal insufficiency*, Diálisis / *dialysis*, Cálculos renales / *kidney stones*, Otro / *other*

Urológicos / *Urological*: Enfermedad prostática / *prostate disease*, Infecciones frecuentes de la vejiga / *frequent bladder infections*, Impotencia / *impotence*, Otro / *other*

Inmunológicos / *Immunological*: Gota / *gout*, Artritis reumatoidea / *rheumatoid arthritis*, Lupus / *lupus*, Otro / *other*

Infecciosos / *Infectious*: SIDA / *AIDS*, Hepatitis / *hepatitis*, Tuberculosis / *TB*, Sífilis / *syphilis*, Endocarditis / *endocarditis*, Otro / *other*

Hematológicos / *Hematologic*: Anemia / *anemia*, Problema hemorrágico / *bleeding problem*, Problema de coagulación / *clotting problem*, Leucemia / *leukemia*, Otra / *other*

Psicológicos / *Psychological*: Depresión / *depression*, Ansiedad / *anxiety*, Ataques de pánico / *panic attacks*, Anorexia / *anorexia*, Bulimia / *bulimia*, Otra / *other*

De discapacidad física / *Physical disability*: Problemas para caminar / *problems with walking*, Otra / *other*

Dermatológicos / *Dermatologic*: Psoriasis / *psoriasis*, Eczema / *eczema*, Petequia / *petichiae*, Otra / *other*

Vasculares / *Vascular*: Várices / *varicose veins*, Aneurisma de aorta / *aortic aneurysm*

Malignidad / *Malignancy*: Cáncer / *cancer*, Tumor / *tumor*, Linfoma / *lymphoma*

Musculoesqueléticos / *Musculoskeletal*: Dolor articular / *joint pain*, Artritis / *arthritis*, Debilidad / *weakness*

Varios / *Miscellaneous*: Osteoporosis / *osteoporosis*, Síndrome congénito / *congenital syndrome*, de Marfan / *Marfan's*, de Turner / *Turner's*

He revisado todos los datos anteriores en detalle con el paciente _____ (RN/PA) / *RN/PA*
I have reviewed the above information with the patient.

Los antecedentes de salud del paciente fueron revisados por _____ el día / *on* _____
Patient Health History has been reviewed by _____ (Firma del médico y fecha / *Physician's Signature and Date*)