

Nombre / Name: _____ **Fecha de nacimiento / DOB:** _____

MOTIVO DE LA VISITA DE HOY / REASON FOR TODAY'S VISIT: _____

¿Ya ha recibido tratamiento por esta afección antes / Have you been treated for this before? _____ Sí / Yes _____ No

En caso afirmativo, por favor, especifique: / If so, please give details: _____

ALERGIAS / ALLERGIES Indique todas las alergias y reacciones conocidas / List all known allergies and reactions: _____

MEDICAMENTOS / MEDICATIONS

Enumere todos los medicamentos que toma actualmente, ya sean de venta libre o de venta con receta (POR EJEMPLO: ASPIRINA, HIERBAS MEDICINALES, VITAMINAS) / List all current medications, prescription and nonprescription (EXAMPLE: ASPRIN, HERBALS, VITAMINS):

Medicamento / Medication	Dosis / Dose	Frecuencia / Frequency	Fecha de inicio / Start Date

EXCLUSIVAMENTE PARA HOMBRES / MEN ONLY:

	SI / YES	Fecha / Date		SI / YES	Fecha / Date		SI / YES	Fecha / Date
Problemas de próstata / Prostate Problems			Cáncer de próstata / Prostate Cancer			Cáncer de testículos / Cancer of the Testicles		

EXCLUSIVAMENTE PARA MUJERES / WOMEN ONLY:

Prueba de Papanicolaou con resultado anormal / Abnormal Pap Smear			Cáncer de cuello de útero / Cervical Cancer			Cáncer de ovario / Ovarian Cancer		
---	--	--	---	--	--	-----------------------------------	--	--

Embarazos / Pregnancies:	Partos / Deliveries:	Abortos espontáneos / Miscarriages:	Abortos / Abortions:
Método anticonceptivo si corresponde / Method of Birth Control if Applicable:	Fecha de la última menstruación / Date of Last Menstrual Period:	¿Podría estar embarazada / Could you be pregnant? _____ Sí / Yes _____ No	

Nombre / Name: _____ **Fecha de nacimiento / DOB:** _____

GESTIÓN DE LA SALUD / HEALTH MANAGEMENT:

Por favor, indique cuándo fue la última vez que se realizó los siguientes exámenes y si los resultados fueron normales/anormales / Please indicate when you last had each of the following exams and if the results were normal / abnormal:

	Fecha / Date	Normal / Normal	Anormal / Abnormal		Fecha / Date	Normal / Normal	Anormal / Abnormal
Exámenes odontológicos / Dental				Prueba de densidad ósea/DEXA / Bone Density Test/DEXA			
Exámenes oftalmológicos / Ophthalmology				Mamografía (mujeres) / Mammogram (female)			
Prueba de estrés / Stress Test				Prueba de Papanicolaou/pélvica (mujeres) / Pelvic/Pap Smear (female)			
Colonoscopia (mayores de 50 años) / Colonoscopy (over age 50)				Examen de las mamas (mujeres) / Breast exam (female)			
Examen de heces para detectar sangre / Stool test for blood				Examen de antígeno prostático específico (APE) (hombres) / PSA Exam (male)			
Radiografía de tórax / Chest X- ray				Examen de próstata/rectal (masculino) / Rectal/Prostate Exam (male)			
Prueba cutánea de tuberculosis (PPD) / Tuberculosis skin test (PPD)				Vacuna contra el tétanos / Tetanus Shot			
Vacuna contra la neumonía / Pneumonia Shot				Vacuna contra la gripe / Flu Shot			
Hepatitis A y B / Hepatitis A & B				Vacuna contra el herpes / Shingles Shot			
Vacuna/s de Gardasil (mujeres) / Gardasil Shot(s) (female)				Otro / Other: _____			

ANTECEDENTES MÉDICOS / MEDICAL HISTORY (Marque todas las opciones que correspondan / Check all that apply).

	SI/ YES	Fecha / Date		SI/ YES	Fecha / Date		SI/ YES	Fecha / Date
Hipertensión (presión arterial alta) / Hypertension (High Blood Pressure)			Tuberculosis / TB (Tuberculosis)			Otra artritis / Other Arthritis		
Accidente cerebrovascular / Stroke			Neumonía / Pneumonia			Gota / Gout		
Convulsiones / Seizures			Enfisema (EPOC) o bronquitis crónica / Emphysema (COPD) or Chronic Bronchitis			Osteoporosis/osteopenia / Osteoporosis/osteopenia		
Migrañas / Migraines			Anomalías cardíacas / Heart Abnormalities			Enfermedad cutánea / Skin disease		
Anemia / Anemia			Insuficiencia cardíaca congestiva / Congestive Heart Failure			Coágulos de sangre/flebitis / Phlebitis/blood clots		
Cáncer de pulmón / Lung cancer			Infarto agudo de miocardio (ataque cardíaco) / Myocardial Infarction (Heart Attack)			Anemia / Anemia		

FORMULARIO DE ANTECEDENTES DE SALUD

	SI/ YES	Fecha / Date		SI/ YES	Fecha / Date		SI/ YES	Fecha / Date
Cáncer de seno / <i>Breast cancer</i>			Enfermedad de la válvula mitral / <i>Mitral Valve Disease</i>			Trastornos hemorrágicos / <i>Bleeding disorder</i>		
Cáncer de colon / <i>Colon cancer</i>			Colesterol alto / <i>High Cholesterol</i>			Depresión / <i>Depression</i>		
Cáncer de piel / <i>Skin cancer</i>			Enfermedad de la arteria coronaria / <i>Coronary Artery Disease</i>			Ansiedad / <i>Anxiety</i>		
Otro tipo de cáncer / <i>Other cancer: _____</i>			Psiquiátrico / <i>Psychiatric</i>			Varicela / <i>Chicken Po</i>		
Hipertiroidismo / <i>Hyperthyroid</i>			Soplo cardíaco / <i>Heart Murmur</i>			Sarampión / <i>Measles</i>		
Hipotiroidismo / <i>Hypothyroid</i>			Enfermedad de la válvula cardíaca / <i>Heart Valve Disease</i>			Paperas / <i>Mumps</i>		
Diabetes / <i>Diabetes</i>			Palpitaciones cardíacas o arritmias / <i>Heart Palpitations or arrhythmias</i>			Mononucleosis infecciosa / <i>Infectious Mono</i>		
Úlcera péptica o estomacal / <i>Stomach or Peptic Ulcer</i>			Fibrosis pulmonar / <i>Pulmonary fibrosis</i>			Alergias/febre del heno / <i>Allergies/Hay fever</i>		
Enfermedad renal / <i>Kidney Disease</i>			Cualquier otra enfermedad pulmonar no mencionada / <i>Any other lung disease not mentioned</i>			Urticaria o eczema / <i>Hives or Eczema</i>		
Apnea del sueño / <i>Sleep Apnea</i>			Hernia hiatal/enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) / <i>Hiatal hernia/GERD</i>			Transfusión de sangre / <i>Blood Transfusion</i>		
Enfermedad hepática / <i>Liver Disease</i>			Cálculos biliares / <i>Gallstones</i>			Infecciones de la vejiga / <i>Bladder Infections</i>		
Hepatitis / <i>Hepatitis</i>			Pancreatitis / <i>Pancreatitis</i>			Hemorroides / <i>Hemorrhoids</i>		
VIH/SIDA / <i>AIDS/HIV</i>			Colitis (colon no espástico) / <i>Colitis (not spastic colon)</i>			Hernia / <i>Hernia</i>		
Enfermedad de transmisión sexual / <i>Sexually Transmitted Disease</i>			Colon espástico o intestino irritable / <i>Spastic colon or irritable bowel</i>			Problemas de espalda / <i>Back Problems</i>		
			Cálculos renales / <i>Kidney stones</i>			Otro / <i>Other: _____</i>		
Catarata / <i>Cataract</i>			Infecciones renales / <i>Kidney infections</i>			Otro / <i>Other: _____</i>		
Glaucoma / <i>Glaucoma</i>			Artritis reumatoide / <i>Rheumatoid arthritis</i>			Otro / <i>Other: _____</i>		
Asma / <i>Asthma</i>			Osteoartritis / <i>Osteoarthritis</i>			Otro / <i>Other: _____</i>		

Nombre / Name: _____ **Fecha de nacimiento / DOB:** _____

Conmoción cerebral / Concussion	SÍ / YES	Fecha / Date	Huesos rotos/fracturas / Broken Bones/Fractures	SÍ / YES	Fecha / Date

ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS / SURGICAL HISTORY

	SÍ / YES	Fecha / Date		Fecha / Date
Colecistectomía (vesícula biliar) / Cholecystectomy (Gallbladder)			Otro / Other: _____	
Apendicectomía / Appendectomy			Otro / Other: _____	
Amigdalectomía / Tonsillectomy				
Histerectomía / Hysterectomy				

ANTECEDENTES FAMILIARES / FAMILY HISTORY

Por favor, indique en los espacios provistos a continuación los miembros de la familia que tengan antecedentes de: diabetes, enfermedad cardíaca, cáncer, enfisema, enfermedad renal, asma, tendencias hemorrágicas, anemia, epilepsia, glaucoma, presión arterial alta, gota, artritis, úlcera, accidente cerebrovascular, crisis nerviosa o enfermedad de vesícula biliar. /

Please indicate in the spaces below any family members with a history of: diabetes, heart disease, cancer, emphysema, kidney disease, asthma, bleeding tendencies, anemia, epilepsy, glaucoma, high blood pressure, gout, arthritis, ulcer, stroke, nervous breakdown, gall bladder disease. .

Miembro de la familia / Family Member	Edad si vive / Age if Living	Problemas de salud / Health Problems	Edad en el momento de la muerte / Age at Time of Death	Causa / Cause
Padre / Father				
Abuelo paterno / Paternal Grandfather				
Abuela paterna / Paternal Grandmother				
Madre / Mother				
Abuelo materno / Maternal Grandfather				
Abuela materna / Maternal Grandmother				
Hermanos / Brothers (¿Cuántos en total / How many in all? _____)				
Hermanas / Sisters (¿Cuántos en total / How many in all? _____)				
Hijos / Sons (¿Cuántos en total / How many in all? _____)				
Hijas / Daughters (¿Cuántas en total / How many in all? _____)				
Otros miembros de la familia / Other family members				

ANTECEDENTES SOCIALES / SOCIAL HISTORY

Sus hábitos personales / <i>Your Personal Habits: ¿Usted? / Do</i>	SÍ / YES	NO	Fecha en que dejó de hacerlo / <i>Date Quit</i>	Si su respuesta es afirmativa, ¿qué cantidad?/¿con qué frecuencia? / <i>If Yes, how much/how often?</i>
Fuma / <i>Smoke</i>				
Bebe alcohol / <i>Drink Alcohol</i>				
Utilizar drogas recreativas/intravenosas / <i>Use recreational/Intravenous street drugs</i>				

¿Hace actividad física habitualmente? / *Do you exercise on a regular basis?* Sí / Yes No
 Si su respuesta es afirmativa, ¿cuánta actividad física hace y con qué frecuencia? / *If so, how much and how often?*

¿Toma cafeína? / *Do you drink caffeine?* Sí / Yes No
 Si su respuesta es afirmativa, ¿cuánta actividad física hace y con qué frecuencia? / *If so, how much and how often?*

¿Siempre usa el cinturón de seguridad al conducir o andar en un vehículo? / *Do you always use your seatbelt when you drive or ride in a vehicle?*
 Sí / Yes No

¿Practica deportes? / *Do you play sports?* Sí / Yes No
 Si su respuesta es afirmativa, enumere todos los deportes en los que ha participado a lo largo del año year / *If so, please list all sports participated in throughout the year:* _____

NOMBRE / NAME: _____ **FECHA DE NACIMIENTO / DOB:** _____

REVISIÓN DEL SISTEMA / SYSTEM REVIEW
Instrucciones: Por favor, marque con un círculo las opciones siguientes que correspondan a su estado de salud RECIENTE. / Instructions: Please circle any of the following that apply to your RECENT health.
Constitución / Constitution

 Fiebre / *Fever*

 Escalofríos / *Chills*

 Pérdida de peso / *Weight Loss*

 Malestar/fatiga / *Malaise/Fatigue*

 Diaforesis (sudoración) / *Diaphoresis (sweating)*

 Debilidad / *Weakness*
Piel / Skin

 Sarpullido / *Rash*

 Comezón / *Itching*
HENT (cabeza, oídos, nariz y garganta) / HENT

 Dolores de cabeza / *Headaches*

 Pérdida de la audición / *Hearing Loss*

 Tinnitus (zumbido en los oídos) / *Tinnitus (ringing in ears)*

 Dolor de oído / *Ear pain*

 Secreción del oído / *Ear discharge*

 Hemorragia nasal / *Nosebleeds*

 Congestión / *Congestion*

 Estridor / *Stridor*

 Dolor de garganta / *Sore Throat*
Ojos / Eyes

 Visión borrosa / *Blurred vision*

 Visión doble / *Double vision*

 Fotofobia (sensibilidad a la luz) / *Photophobia(light sensitivity)*

 Dolor en los ojos / *Eye pain*

 Secreción de los ojos / *Eye discharge*

 Enrojecimiento de los ojos / *Eye redness*
Cardiovascular / Cardiovascular

 Dolor de pecho / *Chest pain*

 Palpitaciones (latido rápido) / *Palpitations (fast heart beat)*

 Ortopnea (dificultad para respirar al estar acostado) / *Orthopnea (shortness of breath when laying flat)*

 Claudicación (dolor en las pantorrillas al caminar) / *Claudication (calf pain w/ walking)*

 Hinchazón en las piernas / *Leg swelling*

 Disnea paroxística nocturna (DPN) (despertarse con dificultad para respirar) / *PND (waking up w/shortness of breath)*
Trastornos respiratorios / Respiratory

 Tos / *Cough*

 Hemoptisis (expectoración de sangre) / *Hemoptysis (coughing up blood)*

 Producción de esputo / *Sputum production*

 Dificultad para respirar / *Shortness of breath*

 Sibilancias / *Wheezing*
Trastornos gastrointestinales / Gastrointestinal

 Acidez / *Heart Burn*

 Náuseas / *Nausea*

 Vómitos / *Vomiting*

 Dolor abdominal / *Abdominal pain*

 Diarrea / *Diarrhea*

 Constipación / *Constipation*

 Sangre en las heces / *Blood in stool*

 Melena (heces negras y pegajosas) / *Melena (black sticky stool)*
Genitourinario / Genitourinary

 Disuria (dolor al orinar) / *Dysuria (pain w/urination)*

 Urgencia para orinar / *Urgency*

 Frecuencia / *Frequency*

 Hematuria (sangre en la orina) / *Hematuria (Blood in urine)*

 Dolor en el flanco / *Flank pain*
Musculoesquelético / Musculoskeletal

 Mialgias (dolores musculares) / *Myalgias (Muscle Pains)*

 Dolor de cuello / *Neck Pain*

 Dolor de espalda / *Back Pain*

 Dolor en las articulaciones / *Joint Pain*

 Caídas / *Falls*
Endo/hema/alergia / Endo/Heme/Allergy

 Hematomas/hemorragias producidos con facilidad / *Easy bruise/bleed*

 Alergias ambientales / *Environ. Allergies*

 Polidipsia (sed excesiva) / *Polydipsia (excessive thirst)*
NEUROLÓGICO / Neurologic

 Mareos / *Dizziness*

 Hormigueo / *Tingling*

 Temblor / *Tremor*

 Cambios sensoriales / *Sensory change*

 Cambios en el habla / *Speech change*

 Debilidad focal / *Focal weakness*

 Convulsiones / *Seizures*

 Pérdida de conciencia (desmayos) / *LOC (passing out)*
Psiquiátrico / Psychiatric

 Depresión / *Depression*

FORMULARIO DE ANTECEDENTES DE SALUD

Ideas suicidas / *Suicidal Ideas*
Abuso de sustancias / *Substance abuse*

Alucinaciones / *Hallucinations*
Nerviosismo/ansiedad /
Nervous/Anxious

Insomnio / *Insomnia*
Pérdida de memoria / *Memory loss*

He leído todo el contenido precedente y estoy de acuerdo en que todas las respuestas SIN MARCA NO son síntomas que correspondan a mi estado de salud reciente. / I have read all of the above and I agree that all UNMARKED responses are NOT symptoms that apply to my recent health.

Firma del paciente / *Please Sign:* _____ Fecha / *Date:* _____