

Patient's Name: _____ Age: _____ Today's Date: _____
(Nombre del paciente) (Edad:) (Fecha de hoy:)

Referring Doctor (Doctor de referencia): _____

If you have medical records or health history with you, let us make a copy. (Si trae registros médicos o el historial de salud, permítanos hacer una copia.)

Please check any condition that you currently have or have experienced in the past:
(Por favor, marque cualquier condición que actualmente tiene o que ha experimentado en el pasado:)

- | | | | |
|---|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Arthritis | <input type="checkbox"/> Kidney problems | <input type="checkbox"/> Arthritis | <input type="checkbox"/> Problemas de riñón |
| <input type="checkbox"/> Cancer: Type _____ | <input type="checkbox"/> Measles | <input type="checkbox"/> Cáncer: Tipo _____ | <input type="checkbox"/> Sarampión |
| <input type="checkbox"/> Chicken Pox | <input type="checkbox"/> Osteoporosis | <input type="checkbox"/> Varicela | <input type="checkbox"/> Osteoporosis |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Reflux/GERD/Hiatal Hernia | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Reflujo/GERD/ Hernia Hiatal |
| <input type="checkbox"/> Emphysema/CCOPD/Asthma | <input type="checkbox"/> Rheumatic Fever | <input type="checkbox"/> Enfisema/CCOPD/Asma | <input type="checkbox"/> Fiebre reumática |
| <input type="checkbox"/> Heart Conditions | <input type="checkbox"/> Stroke | <input type="checkbox"/> Enfermedades del corazón | <input type="checkbox"/> Apoplejía |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Thyroid problems | <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Problemas de tiroides |
| <input type="checkbox"/> High blood pressure | <input type="checkbox"/> Tuberculosis | <input type="checkbox"/> Alta presión sanguínea | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> HIV | | <input type="checkbox"/> VIH | |

Do you use tobacco?

No _____ Yes _____ Have you in the past? No _____ Yes _____
amount per day _____ # of years smoked _____
What type? _____ # of years ago quit _____

If patient is a child, does anyone in the household smoke?
No _____ Yes _____

Do you use alcohol?

No _____ Yes _____ # of drinks per week _____

¿Usa tabaco?

No _____ Sí _____ ¿Lo usó en el pasado? No _____ Sí _____
Cantidad por Día _____ de años que ha fumado _____
¿Qué tipo? _____ de años que lo dejó _____

Si hay un niño, ¿alguien en el hogar fuma?
No _____ Sí _____

¿Bebe alcohol?

No _____ Sí _____ # de bebidas por semana _____

Post Surgical History (Historia de cirugías anteriores):

None (Ninguna) _____ Listed below (Anotadas abajo) _____
_____ Year (Año): _____
_____ Year (Año): _____

Current Complaint (Malestar actual): _____

Current Medications (Medicamentos actuales):

Including over the counter, vitamins or herbal preparations. (Incluso medicamentos sin receta, vitaminas o preparaciones herbales.)

None (Ninguna) _____ Listed below (Anotadas abajo) _____
If you have a list, we can make a copy. (Si tiene una lista, podemos hacer una copia.)

Are you currently on any aspirin or blood thinners? (¿Actualmente está tomando aspirina o anticoagulante?)
No _____ Yes (Sí) _____

Name of medication (Nombre del medicamento): _____
Dose (Dosis): _____

If yes, list medication and reaction (En caso afirmativo, anote el medicamento y la reacción): _____

Name of medication (Nombre del medicamento): _____
Dose (Dosis): _____

Are you allergic to any medications? (¿Es usted alérgico a algún medicamento?)
No _____ Yes (Sí) _____

Name of medication (Nombre del medicamento): _____
Dose (Dosis): _____

If yes, list medication and reaction (En caso afirmativo, anote el medicamento y la reacción): _____

Name of medication (Nombre del medicamento): _____
Dose (Dosis): _____

Other allergies? (¿Otras alergias?) _____
(Seasonal, latex, betadine, band-aids, etc.) (estacional, látex, betadine, curitas, etc.)

What pharmacy do you prefer? (¿Cuál farmacia prefiere?)
Name (Nombre): _____

Family History (Historia Familiar): Especially Cancer (Especialmente de Cáncer)

Note any chronic illness in family members. If deceased, give the age and cause of death. (Tenga en cuenta cualquier enfermedad crónica en los miembros de la familia. Si ha fallecido, indique la edad y la causa de la muerte.)

Father (Padre): _____ Brother (Hermano): _____

Mother (Madre): _____ Sister (Hermana): _____

Patient's Name: _____
(Nombre del paciente)

Age: _____
(Edad:)

Today's Date: _____
(Fecha de hoy:)

Please complete the following and mark (x) for current problems.

CONSTITUTIONAL

- Recent weight changes
- Fever
- Fatigue
- Loss of appetite

EYES

- Change in vision
- Blurred/double visions

CARDIOVASCULAR

- Chest pain/tightness
- Palpitations

RESPIRATORY

- Shortness of breath
- Wheezing
- Cough

GASTROINTESTINAL

- Trouble swallowing
- Nausea/Vomiting
- Heartburn

SKIN

- Rash
- Itching

- Changing/bleeding moles
- Hives

ENDOCRINE

- Heat or cold intolerance
- Excessive thirst/urination

HEMATOLOGIC/IMMUNOLOGIC

- Swollen nodes
- Anemia
- Fever/chills

NEUROLOGICAL

- Headaches
- Seizures
- Numbness

MUSCULOSKELETAL

- Joint/muscle pain

EARS

- Ear pain
- Ear discharge
- Ear bleeding
- Ear itching
- Q-tip use
- Hearing loss

- Ringing in ears
- Vertigo/dizziness

NOSE

- Nasal congestion
- Itchy nose
- Sneezing
- Nasal pain
- Facial tenderness
- Nose bleeding
- Nasal discharge
- Decreased smell

MOUTH/THROAT

- Hoarseness
- Non-healing mouth lesion
- Mouth bleeding
- Mouth pain
- Throat swelling
- Mouth odor
- Difficulty speaking
- Snoring
- Voice change
- Throat clearing
- Lump in the throat

Por favor, complete lo siguiente y marque con una (x) los problemas actuales.

METABOLISMO

- Cambios de peso recientes
- Fiebre
- Fatiga
- Pérdida de apetito

OJOS

- Cambio en la visión
- Visión doble/borrosa

CARDIOVASCULAR

- Dolor/o presión en el pecho
- Palpitaciones

RESPIRATORIO

- Dificultad para respirar
- Sibilancia
- Tos

GASTROINTESTINAL

- Dificultad al tragar
- Nauseas/Vómitos
- Acidez

PIEL

- Erupción
- Comezón

- Lunar que cambia/sangrante
- Urticaria

ENDOCRINO

- Intolerancia al calor o al frío
- Sed/micción excesiva

HEMATOLÓGICO/INMUNOLÓGICO

- Nódulos hinchados
- Anemia
- Fiebre/escalofríos

NEUROLÓGICO

- Dolores de cabeza
- Convulsiones
- Entumecimiento

MUSCULOESQUELÉTICO

- Dolor articular/muscular

OÍDOS

- Dolor del oído
- Descarga del oído
- Sangrado del oído
- Comezón en el oído
- Uso de Q-tip
- Pérdida auditiva

- Zumbido en los oídos
- Vértigo/mareos

NARIZ

- Congestión nasal
- Comezón en la nariz
- Estornudos
- Dolor nasal
- Sensibilidad facial
- Sangrado nasal
- Descarga nasal
- Disminución del olfato

BOCA/GARGANTA

- Ronquera
- Lesión en boca que no se cura
- Sangrado en la boca
- Dolor en la boca
- Garganta hinchada
- Olor que sale de la boca
- Dificultad para hablar
- Ronquido
- Cambio de voz
- Carraspera
- Bulto en la garganta

If you are 65 or older have you had the pneumonia vaccines? Yes _____ No _____ If not, why not? _____

Si usted tiene 65 años o más ¿ha tenido la vacuna contra la neumonía? Sí _____ No _____ Si no la tiene ¿por qué no? _____

****Official Use Only****

Reviewed by: _____

Today's Date: _____

SEE BACK