



HEALTH RECORD HISTORIAL DE SALUD

Name Nombre: _____ Family Doctor Médico Familiar: _____

Birthdate Fecha de Nacimiento: _____ Marital Status Estado Civil: _____ Children Hijos: _____

■ PAST MEDICAL HISTORY ANTECEDENTES PATOLÓGICOS

- | | | | |
|---|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Stroke Embolia Cerebral | <input type="checkbox"/> Breast Lump Masa en los Senos | <input type="checkbox"/> Liver Disease Enfermedades del Hígado | <input type="checkbox"/> Stomach Ulcers Úlceras Estomacales |
| <input type="checkbox"/> Heart Failure Insuficiencia Cardíaca | <input type="checkbox"/> Cancer of Cancer de _____ | <input type="checkbox"/> Dysfunction of Thyroid Disfunción de Tiroides | <input type="checkbox"/> High Cholesterol Colesterol Alto |
| <input type="checkbox"/> Heart Attack Infarto del Corazón | <input type="checkbox"/> Diabetes Diabetes | <input type="checkbox"/> Parkinson's/Epilepsy Epilepsia | <input type="checkbox"/> Asthma Asma |
| <input type="checkbox"/> High Blood Pressure Presión Alta | <input type="checkbox"/> Dialysis Diálisis (Enfermedades) | <input type="checkbox"/> Psychiatric Disorders/Care Padecimiento Siquiátrico/Tratamiento | <input type="checkbox"/> Prostate Problems Problemas de Próstata |
| <input type="checkbox"/> Emphysema Enfisema | <input type="checkbox"/> Tuberculosis | | <input type="checkbox"/> HIV/AIDS |

■ PAST SURGICAL HISTORY AND TRAUMA ANTECEDENTES QUIRURGICOS Y DE TRAUMA

| Type of Surgery Tipo de Cirugía | Year Año | Hospital Name Nombre del Hospital |
|---------------------------------|----------|-----------------------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Medications currently taking Medicinas que está tomando en este momento (See attached sheet ver anexo)

| | |
|--|--|
| | |
| | |
| | |

Pharmacy Name Nombre de Farmacia: _____ Pharmacy Phone Teléfono de Farmacia: _____

| | |
|--|---------------------------|
| Allergies to Medications Alergias <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes which Medications Mencíonelos: | Reaction Reacción: |
| | |
| | |

■ SYMPTOMS SÍNTOMAS Please check (✓) symptoms of recent onset Favor de marcar (✓) los síntomas de reciente inicio:

- | | | | |
|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Fever Fiebre | <input type="checkbox"/> Diarrhea Diarrea | <input type="checkbox"/> Blood in Urine Sangre en la Orina | <input type="checkbox"/> Lymph Node in Neck, Armpit or Groin Ganglios en Cuello, Axila o Ingles |
| <input type="checkbox"/> Loss of Appetite Pérdida de Apetito | <input type="checkbox"/> Difficult Swallowing Dificultad al Tragar | <input type="checkbox"/> Reached Menopause Llegó a la Menopausia | <input type="checkbox"/> Non Healing Wound Llaga que no Cicatriza |
| <input type="checkbox"/> Weight Loss Pérdida de Peso | <input type="checkbox"/> Constipation Estreñimiento | <input type="checkbox"/> Pain, Soreness in Dolor, Molestia en | <input type="checkbox"/> Rash Salpullidos |
| <input type="checkbox"/> Headaches Dolor de Cabeza | <input type="checkbox"/> Indigestion/Heartburn Indigestión/Agruras | <input type="checkbox"/> Excessive Appetite Excesiva Hambre | <input type="checkbox"/> Anxiety Ansiedad |
| <input type="checkbox"/> Shortness of Breath Falta de Aire | <input type="checkbox"/> Red/Black Blood per Rectum or Vomitus Sangre Roja/Negra por el Recto o Vómito | <input type="checkbox"/> Excessive Urine Excesiva Orina | <input type="checkbox"/> Depression Depresión |
| <input type="checkbox"/> Cough Tos | <input type="checkbox"/> Painful Urination Dolor al Orinar | <input type="checkbox"/> Non-stop Bleeding No paro de Sangrar | <input type="checkbox"/> Speech difficulty Dificultad para Hablar |
| <input type="checkbox"/> Chest Pain Dolor de Pecho | | <input type="checkbox"/> Excessive bleeding in Surgery Sangrado excesivo durante la Cirugía | <input type="checkbox"/> Stiff, weak, paralyzed Extremities Extremidades entumidas, débiles, paralizadas |
| <input type="checkbox"/> Shortness of Breath when Sleeping Falta de Aire al Dormir | | | |
| <input type="checkbox"/> Irregular Heart Beat Latidos Irregulares | | | |

■ FAMILY HISTORY HISTORIA FAMILIAR Please check (✓) Favor de marcar (✓) ■ HABITS PERSONAL HÁBITOS

| Relationship Parentesco | Heart Attack Infarto | Stroke Embolia Cerebral | Cancer | Diabetes Mellitus | Deep Venous Thrombosis rombosis Venosa | Coagulation Disorders (hemophilia, hypercoagulability) Problemas de Coagulación (hemofilia, hypercoagulabilidad) | Tobacco Tabaco <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes Type Tipo: <input type="checkbox"/> Former Quit Date: _____ |
|-------------------------|----------------------|-------------------------|--------|-------------------|--|--|---|
| Father Padre | | | | | | | Caffeine Cafeína <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes Cups per day tazas por día: |
| Mother Madre | | | | | | | Alcohol Alcohol <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes Type Tipo: Drinks per day Copas por día: |
| Grandfather Abuelo | | | | | | | Other Drugs Otras Drogas : |
| Grandmother Abuela | | | | | | | |
| Sister Hermana | | | | | | | |
| Brother Hermano | | | | | | | |

I certify that the above information is correct to the best of my knowledge. I will not hold my doctor or any members of his/her staff responsible for any errors or omissions that I may have in the completion of this form. Certifico que la información incluida arriba es correcta, a mi leal saber y entender. Yo no haré responsable ni a mi doctor ni a ningún integrante de su personal por errores u omisiones que yo pueda haber cometido al llenar este formulario.

Signature Firma: _____ Date Fecha: _____ Reviewed by Revisado por: _____ Date Fecha: _____

(All information is strictly confidential Toda la información es estrictamente confidencial)