## WANG & JIANG MD PA

# New Patient Health History/Historial de salud de un paciente nuevo

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

## Socially History/ Historia:

Occupation/ Ocupacion: _____

Employer/Empleador: _____

Degree/Highest Education Level/ TituloNivel de educacion superior: _____

Marital Status (circle one) Estado Civil (circule uno): Single/ Soltero Partner/ Pareja Married/ Casado Divorced/ Divorciado Widowed/ Viudo

Spouse/Partner's Name/ Nombre de Pareja: _____ Number of children/Número de hijos: ___

Number of grandchildren/ Numero de Nietos: _____ Number of Great grandchildren/ Numero de bisnietos: ____

Who lives at home with you/ Quien vive con usted? _____

## Function Independent, minimal assistant, moderate assistant, full assistance

In the last 12 months, any falls?/ En los últimos 12 meses ha tenido una caída? Yes/Si How many?/Cuantas ____ No

## Tobacco Use

Smoker? (circle one)/ Fuma (circule uno) yes/si no never/ nunca
If No/ Si no: Have you ever?/ Alguna vez ha? yes/si no never/ nunca
If Yes/ En caso: Quit date/ Fecha de salida:_____
How many years/Cuantos años?: Packs/day/ Paquetes/Dia::
Other tobacco use(circle one)/ Otro consumo de Tabaco (Circle one): Pipe/Tubo Cigar/Cigarro Snuff/ Rape Chew/Masticar

## Alcohol Use

Do you drink alcohol?/ Bebe Alcohol? yes/si no
# of drinks per week: Type?(circle one)/ # de bedidas por semana: _____
Type (Circle)/ Tipo (Circule): Beer/ Cerveza Wine/ Vino Liquor/ Licor

## Drug Use

Do you use Marijuana or other recreational drugs? (Circle one)/ Usa marihuana u otras drogras recreativas (Circule uno)
yes/ si no
Have you ever used needles to inject drugs? (Circle one)/ Ha utilizado alguna vez agujas para inyectarse drogas?(Circule uno) yes/Si no

## In the past 2 weeks, have you been bothered by:

Feeling sad or empty/ Sentirse Triste o vacio yes/ si no
Feelings of worthlessness / Sentimientos de inutilidad yes/ si no
Less ability to think or concentrate/ Menos capacidad de pensar o concentrarse yes/ si no
Less interest in daily activities/ Menos interés en las actividades diarias yes/ si no
Tearfulness/ Lagrimeo yes/ si no
Thoughts of death or suicide / Pensamientos de murte o suicidio yes/ si no
Weight loss or gain when not dieting/Perdida o aumento de peso cuando no está a dieta yes/ si no

## Do you have any allergies to medications?/ Tiene alguna alergia a medicamentos yes/si no

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

If yes, what are the medications and your reactions/ En caso afirmativo, cuales son los medicamentos y sus reacciones? :

_____

## Preventative Screenings (Please Circle Yes or No)

Colonoscopy/ Colonoscopia Yes /Si when/Cuando_____ No
Mammogram/ Mamografia YesSi when/Cuando_____ No
Pneumonia shot/ Inyeccion contra la Neumonia Yes/Si when/cuando_____ No
Flu shot/Vacuna contra la influenza Yes/SI when/cuando_____ No
Pap smear/ Prueba de papanicolaou Yes/SI when/cuando_____ No
Diabetes Eye Exam/ Examen de ojo diabetico Yes/Si when/cuando_____ No
Last Annual Physical/ Ultimo chequeo anual Yes/Si when/cuando_____No

## Personal Medical History: Do you have now or previously had any of the following?

Alcohol/Drug abuse/ Abuso de Alcohol/ Drogas Yes No Type:_____
Anxiety/ Ansiedad Yes No
Asthma/ Asma Yes No
Arthritis/ Artritis Yes No Type:_____
Bladder/Kidney Problems/ Problemas de vejiga/ riñón Yes No
Blood Clot/ Coagulo sanguineo Yes No Where:_____
Cancer Yes No Type: _____
Hypo/hyperthyroidism/ hipo/hipertiroidismo Yes No
Heart Disease/ enfermedad del corazón Yes No Type:_____
Diabetes Yes No Type:_____
Heartburn/ Acidez Yes No
Hypertension Yes No
Gout/ Gota Yes No
High Cholesterol/ Colesterol Alto Yes No
Liver Disease/ enfermedad del hígado Yes No

## Family Medical History Type/Where Family Member

Alcohol/Drug abuse/ Abuso de Alcohol/ Drogas Yes No Type:_____
Anxiety/ Ansiedad Yes No
Asthma/ Asma Yes No
Arthritis/ Artritis Yes No Type:_____
Bladder/Kidney Problems/ Problemas de vejiga/ riñón Yes No
Blood Clot/ Coagulo sanguineo Yes No Where:_____
Cancer Yes No Type: _____
Hypo/hyperthyroidism/ hipo/hipertiroidismo Yes No
Heart Disease/ enfermedad del corazón Yes No Type:_____
Diabetes Yes No Type:_____
Heartburn/ Acidez Yes No
Hypertension Yes No
Gout/ Gota Yes No
High Cholesterol/ Colesterol Alto Yes No
Liver Disease/ enfermedad del hígado Yes No

## Surgical History: Have you ever had surgery/procedures for any of these reasons? (circle one)

Appendix/ Apendice yes no Year: _____
Back /Atras yes no Year: _____
Heart/ Corazon yes no Year: _____
Hip/ Cadera yes no Year: _____
Hysterectomy/ Histerectomia yes no Year: _____
C-Section/ Cesarea yes no Year: _____
Bilateral Tubal Ligation (Tubes tied)/
Ligadura de trompas bilateral ( Ligadura de trompas) yes no Year: _____
Gallbladder removal/ Extirpacion de la vesicula biliar yes no Year: _____
Breast Surgery/ Cirugia de busto yes no Year:_____
Tonsillectomy/ Amigdalectomia yes no Year:_____

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

Hernia Repair/ Reparación de hernia yes no Year: _____

Other/ Otro:

_____

_____

**Please write down any/all current medications, dosages, and directions./ Por favor escriba todo los medicamentos, dosis e instrucciones actuales**

| Medication/ Medicamento | Dosage/Dosis | Directions/Direcciones |
|---|---|---|
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |