



NEW PATIENT HEALTH HISTORY

Name (Nombre): _____ Fecha de Nacimiento: _____ Fecha: _____

Social History (Historia Social):

Occupation (Ocupación): _____

Employer (Empleador): _____

Degree/Education Level (Grado/Nivel educativo más alto alcanzado): _____

Marital Status (Estado Civil): Soltero(a) Pareja Casado(a) Divorciado(a) Viudo(a)

Nombre del cónyuge/pareja: _____ Number of Children (Número de hijos): _____

Grand Children (Número de nietos): _____ # Great Grandchildren (Número de bisnietos): _____

Who lives at home with you (¿Quién vive en casa con usted?): _____

Circle One (Circule uno): Función Independiente Asistencia mínima Asistencia moderada Asistencia total

In the last 12 months, any falls (En los últimos 12 meses, ¿ha tenido caídas?) Sí ¿Cuántas?
No

Tobacco Use (Uso de Tabaco)

¿Fuma actualmente? (circle one) Si No Nunca

If No, Have you ever smoked (¿alguna vez fumó?) Si No

Quit date (Fecha en que dejó): _____ How many years (¿Cuántos años?): _____ Packs/day (Paquetes/día): _____

Other tobacco use (Otro uso de tabaco) circle one: Pipa Cigarro Rapé Masticar

Alcohol Use (Uso de Alcohol)

Do you drink alcohol (¿Toma alcohol?) Si No

If yes, # drinks/week (Si Sí, ¿# de tragos por semana?): _____ Type (Tipo)? Cerveza Vino Licor

Drug Use (Uso de Drogas)

Do you use marijuana or other recreational drugs? (¿Usa marihuana u otras drogas recreativas?) Si No

Have you ever used needles to inject drugs? (¿Alguna vez ha usado agujas para inyectarse drogas?) Si No

In the past 2 weeks, have you been bothered by (En las últimas 2 semanas, ¿le ha molestado?):

Feeling sad or empty (Sentirse triste o vacío) Si No

Feelings of worthlessness (Sentimientos de inutilidad) Si No

Less ability to think or concentrate (Menor capacidad de pensar o concentrarse) Si No

Less interest in daily activities (Menor interés en actividades diarias) Si No

Tearfulness (Llanto frecuente) Si No

Thoughts of death or suicide (Pensamientos de muerte o suicidio) Si No

Weight loss/gain when not dieting (Pérdida o aumento de peso sin estar a dieta) Si No

Do you have any allergies to medications? (¿Tiene alguna alergia a medicamentos?) Si No

If yes, medications and your reactions (¿qué medicamentos y cuáles son sus reacciones?) _____

Preventative Screenings (Exámenes Preventivos)

Colonoscopy (Colonoscopia) Si, ¿Cuándo? _____

Mammogram (Mamografía) Si, ¿Cuándo? _____

Pneumonia shot (Vacuna contra la neumonía) Si, ¿Cuándo? _____

Flu shot (Vacuna contra la gripe) Si, ¿Cuándo? _____

Pap smear (Papanicolaou) Si, ¿Cuándo? _____

Diabetes Eye exam (Examen ocular para diabetes) Si, ¿Cuándo? _____

Last Annual physical (Último examen físico anual) Si, ¿Cuándo? _____



NEW PATIENT HEALTH HISTORY

Personal Medical History (Historia Médica Personal): Do you have now or previously had any of the following?

Alcohol/Drug abuse (Abuso de alcohol/drogas)	Si	No	Tipo: _____
Anxiety (Ansiedad)	Si	No	
Asthma (Asma)	Si	No	
Arthritis (Artritis)	Si	No	Tipo: _____
Bladder/Kidney Problems (Problemas de vejiga/riñón)	Si	No	Tipo: _____
Blood Clot (Coágulos de sangre)	Si	No	Dónde: _____
Cancer (Cáncer)	Si	No	
*If yes (¿qué tipo?) _____ & Where (¿y dónde?): _____			
Hypo/hyperthyroidism (Hipo/hipertiroidismo)	Si	No	
Heart Disease (Enfermedad del corazón)	Si	No	Tipo: _____
Diabetes	Si	No	Tipo: _____
Heart Burn (Acidez)	Si	No	
Hypertension (Hipertensión)	Si	No	
Gout (Gota)	Si	No	
High Cholesterol (Colesterol alto)	Si	No	
Liver Disease (Enfermedad del hígado)			Yes No

Family Medical History (Historia Médica Familiar)

			Tipo/Dónde	Miembro de la Familia
Alcohol/Drug abuse (Abuso de drogas y alcohol)	Si	No	_____	_____
Allergies (Alergias)	Si	No	_____	_____
Anxiety (Ansiedad)	Si	No	_____	_____
Asthma (Asma)	Si	No	_____	_____
Arthritis (Artritis)	Si	No	_____	_____
Bladder/Kidney Problems (Problemas de vejiga/riñón)	Si	No	_____	_____
Blood Clot (Coágulos de sangre)	Si	No	_____	_____
Cancer (Cáncer)	Si	No	_____	_____
Hypo/hyperthyroidism (Hipo/hipertiroidismo)	Si	No	_____	_____
Heart Disease (Enfermedad del corazón)	Si	No	_____	_____
Diabetes	Si	No	_____	_____
Heart Burn (Acidez)	Si	No	_____	_____
Hypertension (Hipertensión)	Si	No	_____	_____
Gout (Gota)	Si	No	_____	_____
High Cholesterol (Colesterol alto)	Si	No	_____	_____
Liver Disease (Enfermedad del hígado)	Si	No	_____	_____

Surgical History: (Historia Quirúrgica) Circule uno

Appendix (Apéndice)	Si	No	Year (Año): _____
Back (Atrás)	Si	No	Year (Año): _____
Heart (Corazón)	Si	No	Year (Año): _____
Hip (Cadera)	Si	No	Year (Año): _____
Hysterectomy (Histerectomía)	Si	No	Year (Año): _____
C-Section (Cesárea)	Si	No	Year (Año): _____
Bilateral Tubal Ligation (Ligadura de Trompas)	Si	No	Year (Año): _____
Gallbladder Removal (Extirpación de la vesícula biliar)	Si	No	Year (Año): _____
Breast Surgery (Cirugía de mama)	Si	No	Year (Año): _____
Tonsillectomy (Amigdalectomía)	Si	No	Year (Año): _____
Hernia Repair (Reparación de hernias)	Si	No	Year (Año): _____
Other (Otro): _____			

