

MEDICAL HISTORY

(HISTORIA MEDICA)

Please check the column that applies to each question. Feel free to leave any questions you wish to discuss only with the doctor. **IS THERE A HISTORY OF:**

(Por favor marque en la columna adecuada para responder cada pregunta. Deje en blanco cualquier pregunta que desee consultar unicamente con el medico. **TIENE ANTECEDENTES DE:**)

CONDITION (ENFERMEDAD)	DOES NOT APPLY (NO APLICA)	MYSELF (LA SUFRO)	FAMILY (HAY EN MI FAMILIA)
Heart Disease (Enfermedades del Corazon)			
Cancer (Cancer)			
Diabetes (Diabetes)			
High Blood Pressure (Tension arterial elevada)			
Arthritis (Artritis)			
Liver Disease (hepatitis, cirrhosis, etc.) Enfermedades del higado (hepatitis, cirrosis, etc.)			
Psychiatric Illness (depression, anxiety, psychotic disorders, etc.) Enfermedades psiquiatricas (depression, ansiedad, trastornos psicoticos, etc.)			
Autoimmune Disease (lupus, rheumatoid arthritis, etc.) Enfermedades autoinmunes (lupus, artritis reumatoide, etc.)			
Endocrine Gland Disorders (thyroid, adrenal, pituitary) Trastornos de las glandulas endocrinas (tiroides, suparrenales, pituitaria)			
Neurological Disorders (stroke, seizures, Parkinson's, Alzheimers, multiple sclerosis, etc) Trastornos neurologicos (accidented cerebrovasculares, convulsions, Parkinson, Alzheimer, sclerosis multiple, etc)			
Lung Disease (asthma, emphysema, bronchitis, etc) Enfermedades de los pulmones (asma, enfisema, bronquitis, etc)			
Stomach/Esophagus Disorders (reflux, stricture, ulcers, etc) Trastornos del estomago/esofago (refujio, estenosis, ulceras, etc)			
Bowel Disease (mal absorption, lactose, intolerance, diverticulitis, Crohn's, colitis, etc) Enfermedades intestinales (malabsorcion, intolerancia a la lactose, diverticulitis, Crohn, colitis, etc)			
Bladder Disease Enfermedad de la vejiga urinaria			
Substance Abuse (alcohol, prescription, or recreational drugs, tobacco) Abuso de sustancias (alcohol, medicamentos con receta o drogas recreaciones, tabaco)			
Weight Control Problems Problemas de control de peso			
Osteoporosis / Weak Bones Osteoporosis / huesos debiles			
Migraine Headaches Migrana			
Sickle Cell Anemia falciforme			
Anemia Anemia			
HIV/ AIDS VIH/ SIDA			
Allergies Alergias			
Memory Problems Problemas de la memoria			
Sleep Apnea / Snoring Apnea del sueno/ ronca			

Patient's Initials (Iniciales del paciente) _____

Medical Assistant Initials (Iniciales M.A.) _____

Please provide any explanation for any items for which you checked "myself"
Por favor, explique cualquier enfermedad en la que haya marcado "la sufro"

Please list any surgical procedures you have had (including plastic surgery) along with the approximate date:
Por favor, enumere todos los procedimientos quirurgicos a los que se haya sometido (incluyendo cirugia plastica): incluyendo la fecha aproximada:

Please list ALL medications (prescription and/ or over the counter) you are currently taking and for what condition:
Por favor, enumere TODOS los medicamentos (con o sin receta) que actualmente esta tomando y para que son:

MEDICATION MEDICAMENTO	FOR WHAT CONDITION? PARA QUE?	DOSE (mg) DOSIS (mg)	TIMES PER DAY VECES AL DIA

Please list ALL supplements (vitamins, herbs, nutritional supplements) you are currently taking:
Por favor, enumere TODOS los suplementos (vitaminas, hierbas, suplementos nutricionales) que actualmente esta tomando:

MEDICATION MEDICAMENTO	FOR WHAT CONDITION? PARA QUE?	DOSE (mg) DOSIS (mg)	TIMES PER DAY VECES AL DIA

Please describe ANY CURRENT recreational drug use:
Por favor, describa CUALQUIER uso ACTUAL de drogas recreacionales:

Are you currently receiving (Esta actualmente recibiendo): () Radiation Therapy (Radioterapia)
Or (o) () Chemotherapy? If yes, for what? (Quimioterapia Si su respuesta es "Si", Para que?)

Patient's Initial (Inicial del paciente) _____

Medical Assistant Initial (Inicial M.A.) _____

Current Symptoms (Síntomas Actuales)

Skin and Hair (Piel y cabello)

SYMPTOM (SINTOMA)	YES (SI)	NO (NO)
Dry/ brittle and or flaky hair (cabello seco/ fragil o escamoso)		
Dry/ brittle skin (Piel seca/ fragil)		
Acne (Acne)		
Age Spots (Manchas de la vejez)		
Thick skin and fingernails (Piel y unas gruesas)		
Spider veins in nose and/or face (Aranas vasculares en la nariz o la cara)		
Slow or poor wound healing (Cicatrizacion lenta o deficiente de heridas)		
Excessive sweating or itching (Sudoracion o comezon excesiva)		
Flushing or hot flashes (Enrojecimiento o calorones)		
Bruise easily or excessively (Hematomas que aparecen con facilidad o en exceso)		

Allergies (Alergias)

SYMPTOM (SINTOMA)		
Drug allergies (please list, along with description of reaction) Alergias a medicamentos (por favor, enumere y describe la reaccion)		
Seasonal Allergies (please describe symptoms) Alergias estacionales (por favor describa los sintomas)		
Food allergies (please list, along with description of reaction) Alergias a alimentos (por favor, enumere y describa la reaccion)		
Latex allergy (please describe reaction) Alergias al latex (por favor describa la reaccion)		

Any other issues? _____

Algun problem adicional? _____

Have you seen a doctor in the last 3 years? _____ if Yes, for what condition _____

Ha consultado a un doctor durante tres años? _____ Si, describa la condicion _____

Preferred Timing Of Surgery: (Cuando prefiere la cirugia?)

<input type="checkbox"/> In less than one month (En menos de un mes)	<input type="checkbox"/> In a month (En mas de un mes)	<input type="checkbox"/> In 6 months (En mas de 6 meses)	<input type="checkbox"/> Don't know yet (Todavia no he decidido)
---	---	---	---

Patient's Initials (Iniciales del paciente): _____

Medical Assistant Initials (Iniciales.): _____