



ADULT HEALTH HISTORY (ANTEDECENTES DE SALUD DEL ADULTO)

Name: (Nombre) _____ Date of Birth ___/___/_____ (Fecha de Nacimiento)	NOTE: This form provides information about your healthcare history; it is confidential and part of your medical record. If you do not understand a question or word, please ask for assistance. (Este formulario proporciona información sobre su historia médica. Es confidencial, y es parte de su archivo médico. Si usted no entiende alguna pregunta o alguna palabra, por favor pida ayuda.)
--	---

Race/Ethnicity (Raza/Etnicidad): _____	Preferred Language (Idioma Preferido): _____
---	---

MEDICAL HISTORY (HISTORIA MÉDICA)

Diagnosis (Diagnóstico)	Yes (Sí)	No	Diagnosis (Diagnóstico)	Yes (Sí)	No	Diagnosis (Diagnóstico)	Yes (Sí)	No
Anemia (Anemia)			Diabetes mellitus (Diabetes mellitus)			Myocardial Infarction (Infarto del miocardio)		
Anxiety (Ansiedad)			Clotting disorder (Trastorno de la coagulación)			Arthritis (Artritis)		
GERD/Acid Reflux (Reflujo gastroesofágico acidez)			Asthma (Asma)			Seizures (Convulsiones)		
Cancer (Cáncer)			Heart Murmur (Soplo (murmullo) cardíaco)			Hepatitis (Hepatitis)		
Stroke (Derrame cerebral)			CHF (Insuficiencia cardíaca congestiva)			HIV/AIDS (VIH/SIDA)		
Hypertension (Alta presión arterial)			Thyroid disease (Enfermedad de la tiroides)			COPD (EPOC- Enfermedad de obstrucción pulmonar crónica)		
Kidney Disease (Enfermedad del riñón)			Depression (Depresión)			High cholesterol (Colesterol alto)		

Number of Pregnancies? (Número de embarazos) _____	Number of Deliveries? (Número de alumbramientos) _____
---	---

First Day of Last Menstrual Period? (Primer día del último período menstrual) _____

Other medical history (Otros antecedentes médicos): _____

SURGICAL HISTORY (ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS-CIRUGIAS)

Diagnosis (Diagnóstico)	Yes (Sí)	No	Year (Año)	Diagnosis (Diagnóstico)	Yes (Sí)	No	Year (Año)	Diagnosis (Diagnóstico)	Yes (Sí)	No	Year (Año)
Appendectomy (Apendectomía)				C-Section (Cesárea)				Prostate surgery (Cirugía de la próstata)			
Brain Surgery (Neurocirugía)				Eye Surgery (Cirugía del ojo)				Breast surgery (Cirugía de mama)			
Spine Surgery (Cirugía de la columna vertebral)				CABG (Bypass de la arteria coronarias)				Hernia repair (Reparación de hernia)			
Tubal ligation (Ligadura de trompas)				Gallbladder surgery				Hysterectomy (Histerectomía)			
Valve replacement (Reemplazo de la válvula)				Colon surgery (Cirugía de colon)				Cosmetic surgery (Cirugía cosmética)			

Other surgical history (Otros antecedentes quirúrgicos): _____

Hospitalizations:	Reason	Year

Adenoid/Tonsil removal (Extirpación de adenoides/amígdalas)						
---	--	--	--	--	--	--

FAMILY HISTORY (ANTECEDENTES FAMILIARES)

Relationship (Relación)	Deceased (Fallecido)	Alcohol/Drugs (Alcohol/Drogas)	Aneurysm (Aneurisma)	Asthma (Asma)	Breast Cancer (Cáncer de mama)	Cancer (Cáncer)	Colon Cancer (Cáncer de colon)	Coronary artery (Arteria coronaria)	Diabetes (Diabetes)	Glaucoma (Glaucom)	High Cholesterol (Colesterol alto)	High Blood Pressure (Alta presión)	Kidney Disease (Enfermedad del riñon)	Macular Degeneration (Degeneración macular)	Mental Illness (Enfermedad mental)	Prostate Cancer (Cáncer de próstata)	Rheumatoid Arthritis (Artritis reumatoide)	Stroke (Derrame Cerebral)	Thyroid Disease (Enfermedad de la tiroides)
Father (Padre)																			
Mother (Madre)																			
Paternal Grandfather (Abuelo Paterno)																			
Paternal Grandmother (Abuela Paterna)																			
Maternal Grandfather (Abuelo Materno)																			
Maternal Grandmother (Abuela Materna)																			
Other (Otro)																			
Sibling (Hermano)																			
<input type="checkbox"/> Adopted (Adoptado/a)																			

Siblings Brothers _____ Sisters _____

Children Sons _____ Daughters _____

SOCIAL HISTORY (HISTORIA SOCIAL)

Tobacco Use (Uso del Tabaco): <input type="checkbox"/> Yes (Sí) <input type="checkbox"/> No	Packs per day (Paquetes por día): <input type="checkbox"/> .25 <input type="checkbox"/> .5 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 1.5 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> _____
Uses tobacco in other forms <input type="checkbox"/> Yes (Sí) <input type="checkbox"/> No If yes: <input type="checkbox"/> Chew <input type="checkbox"/> Vape <input type="checkbox"/> Other	
Years of use (Años de uso): <input type="checkbox"/> .5 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> _____	
Ready to Quit (Listo para dejar de usar el tabaco) <input type="checkbox"/> Yes (Sí) <input type="checkbox"/> No	Quit Date (mm/dd/yyyy) (Fecha de dejar de fumar –mm/dd/año):
Alcohol Use (Uso de Alcohol): <input type="checkbox"/> Yes (Sí) <input type="checkbox"/> No	Drug Use (Uso de Drogas): <input type="checkbox"/> Yes (Sí) <input type="checkbox"/> No
Drinks/Week: _____ glasses of wine (copas de vino) (Bebidas/Semana) _____ cans of beer (latas/botes de cerveza) _____ shots of liquor (tragos de licor) _____ drinks containing 0.5 oz of alcohol (bebidas con un contenido de 0.5 onzas de alcohol)	Types: (Tipo) <input type="checkbox"/> Amphetamines (Anfetaminas) <input type="checkbox"/> Cocaine (Cocaína) <input type="checkbox"/> Barbiturates (Barbitúricos) <input type="checkbox"/> Marijuana <input type="checkbox"/> Benzodiazepines (Benzodiazepinas) <input type="checkbox"/> Opioids
Sexual Activity (Actividad Sexual): <input type="checkbox"/> Yes (Sí) <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Not Currently (No Actualmente)	Immunizations (Inmunizaciones/Vacunas):
Partners (Compañero/a (s); Pareja): <input type="checkbox"/> Male (Hombre) <input type="checkbox"/> Female (Mujer)	Date:
Birth Control / Protection (Método Anticonceptivo/protección): <input type="checkbox"/> Implant (Implante) <input type="checkbox"/> Injection (Inyección) <input type="checkbox"/> IUD (DIU) <input type="checkbox"/> Condom/Barriers (Condón/Barreras) <input type="checkbox"/> Oral Contraceptive Pill (Pastilla aticonceptiva oral) <input type="checkbox"/> Abstinence (Abstinencia) <input type="checkbox"/> Surgical (Cirugía) <input type="checkbox"/> Other (Otro) <input type="checkbox"/> None (nada)	Chicken Pox or shot (Varicela) <input type="checkbox"/> Yes (Sí) <input type="checkbox"/> No _____ Hepatitis B <input type="checkbox"/> Yes (Sí) <input type="checkbox"/> No _____ Influenza Shot <input type="checkbox"/> Yes (Sí) <input type="checkbox"/> No _____ Pneumonia Shot (Neumonía) <input type="checkbox"/> Yes (Sí) <input type="checkbox"/> No _____ Rubella Shot (MMR) (Tubéola) <input type="checkbox"/> Yes (Sí) <input type="checkbox"/> No _____ Tetanus/TDAP (Tétanos) <input type="checkbox"/> Yes (Sí) <input type="checkbox"/> No _____ Shingles <input type="checkbox"/> Yes (Sí) <input type="checkbox"/> No _____
Sexual Orientation: <input type="checkbox"/> Straight <input type="checkbox"/> Lesbian or Gay <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Something Else <input type="checkbox"/> Don't Know <input type="checkbox"/> Choose Not to Disclose	
Gender Identify: <input type="checkbox"/> Male (Hombre) <input type="checkbox"/> Female (Mujer) <input type="checkbox"/> Transgender Male <input type="checkbox"/> Transgender Female <input type="checkbox"/> Other <input type="checkbox"/> Choose Not to Disclose	

Medications (Medicamentos):			Preventative Care (Cuidado preventivo):			
Medication	Dose	Frequency	Have you had the following? (¿Ha tenido la siguiente?):			
				Yes (Sí)	No	Date: (fecha):
			Mammogram (female, 40 to 74) Mamografía (mujer, 40 años o más)			
			Pap Smear (female 21 to 64) Papanicolaou (mujeres mayores de 21 años)			
			Colonoscopy (all adults 50 to 75) Colonoscopia (todos los adultos de 50 años o más)			
			PSA (male 50 and older)			
			DEXA (female 65 and older)			
Patient Health Questionnaire (Cuestionario de Salud del Paciente)						
<p>During the past two weeks, have you had the following:</p> <p>Feeling down, depressed, irritable, or hopeless? <input type="checkbox"/> Yes (Sí) <input type="checkbox"/> No (¿Se siente triste, deprimido, irritable o sin esperanza?)</p> <p>Little interest or pleasure in doing things? <input type="checkbox"/> Yes (Sí) <input type="checkbox"/> No (¿Poco interés o placer en hacer las cosas?)</p>						
Diet (Dieta Régimen):			Exercise (Ejercicio):			
<input type="checkbox"/> Regular low-fat (Normal- bajo en grasa) <input type="checkbox"/> Vegan (Vegetariano estricto) <input type="checkbox"/> Vegetarian (Vegetariano)			<input type="checkbox"/> Low Carb (bajos en carbohidratos) <input type="checkbox"/> Atkins <input type="checkbox"/> High protein (Rica en proteínas)			
<input type="checkbox"/> Gluten Free (Sin gluten) <input type="checkbox"/> Other _____			<input type="checkbox"/> Walking ___/wk (semana) (Caminar) <input type="checkbox"/> Running ___/wk (semana) (Correr) <input type="checkbox"/> Swimming ___/wk (semana) (Nadar)			
			<input type="checkbox"/> Yoga ___/wk (semana) <input type="checkbox"/> Weights ___/wk (semana) (Pesos) <input type="checkbox"/> Cycling ___/wk (semana) (Bicicleta)			
Allergies (Alergias): <input type="checkbox"/> Yes (Sí) <input type="checkbox"/> No			Advanced Care Plans (Planes de Atención Avanzada):			
If any please list below:			<input type="checkbox"/> Living Will: (Testamento Vital) <input type="checkbox"/> Yes (Sí) <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Power of Attorney <input type="checkbox"/> Yes (Sí) <input type="checkbox"/> No (Carta de Poder/Mandato)			