

ADULT COMPREHENSIVE HEALTH HISTORY
HISTORIA COMPLETA ADULTA de SALUD

Patient Name: El Nombre paciente: _____

Patient Date of Birth: La Fecha paciente de Nacimiento: _____

Please let us know if you need assistance with completing this form. All information is **confidential**.

Permítanos por favor para saber si usted necesita ayuda con completar esta forma. Toda la información es **confidencial**

Form completed by: Forma completada por: _____

Date Completed/updated: Completada/Revisada hasta la fecha: _____

Personal Medical History (include year if known) Historia clínica personal (incluya el año si es conocido)

| | | |
|---|---|---|
| # Alcoholism/Alcoholismo | #Eating Disorder/Desorden alimenticio | Kidney Stones/Cálculos renales |
| Anemia | Gout/ Gota | Migraines/Migrañas |
| Anxiety/Ansiedad | Gallstones/Cálculos Biliaries | Osteoporosis |
| Arthritis/Artritis | Hearing/Problemas auditivos | Pneumonia/Pulmonía |
| Asthma/Asma | Heart/Corazon | Prostate Condition/Condición de la próstata |
| Back Problem/Problema de espalda | Coronary Heart Disease Enfermedad cardíaca | Reflux/Heartburn/Reflujo/acidez |
| Cancer (type)/Cáncer (tipo) | Atrial Fibrillation Fibrilación Atrial | Seizure/Epilepsia |
| Emphesema or Chronic Bronchitis/Enfisema o bronquitis cronica | Heart Failure/Fallo del corazón | Skin Condition/Condición de la Piel |
| Depression/Depresión | Valve Problem/Heart/ Soplo o problema de la válvula del corazon | Sleep Apnea/Apnea |
| Diabetes/Diabetis | | Stroke/Embolia |
| Drug Dependence/Dependencia a drogas | Hepatitis | Thyroid Disorder/ Desorden de la tiroide |
| | High Cholesterol/Colesterol alto | Other:/Otros: |
| Eye/Vision/Problem de visión | High Blood Pressure/Hipertensión | |
| Cataracts/Cataratas | Incontinence/Incontinencia | # of Pregnancies: # of Live births: |
| Glaucoma | | # Embarazos: # Nacimientos Vivos |
| Macular Degeneration/ Degeneración Macular | | |

Current Medications/Vitamins/Herbs/Supplements

/Medicinas tomadas al presente incluyendo vitaminas y suplementos de hierbas

| Name of Medication/ Nombre de las medicinas | Dose Dosis | Frequency/ Frecuencia | Name of Medication/ Nombre de Medicina | Dose/ Dosis | Frequency/ Frecuencia |
|--|---------------|--------------------------|---|----------------|--------------------------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

Allergies/Alergias

| | | |
|--|--------------|---|
| Allergies to Medications/ Alergia a Medicinas | Latex | Environmental/Seasonal Allergies/ Alergias ambiental o de estacion |
| | | |

ADULT COMPREHENSIVE HEALTH HISTORY
HISTORIA COMPLETA ADULTA de SALUD

Patient Name: El Nombre paciente: _____

Patient Date of Birth: La Fecha paciente de Nacimiento: _____

| | |
|---|--|
| What is your preferred local pharmacy? ¿Cual es su farmacia local preferida? | |
|---|--|

Surgeries (include year if known)/Las cirugias (incluya el año si es conocido)

| | | |
|---------------------------------|--|---|
| Appendectomy/Apendectomía | Heart bypass/Corazón evita | Ovary (right/left) removed/ El ovario (derecho/izquierdo) removido |
| Back surgery/Cirugía de espalda | Hip Replacement/ Replazo de cadera | Skin Cancer/Cáncer de la piel |
| Breast surgery/Cirugía del seno | Hernia | Tonsillectomy/Operacion de las amigdalas |
| C-section/Caesaria | Hysterectomy/Histerectomía | Tubal ligation (BTL)/ Ligación tubárica |
| Gallbladder/Vesícula Biliar | Knee Replacement/ Reemplazo de la rodilla | Vasectomy/ Vasectomía |
| Other/Otro: | | |

Major Injuries/Fractures (include year if known) /Heridas/Fractura mayores (incluye el año si es conocido)

| |
|--|
| |
| |

Family Medical History/ Historia clínica familiar

- No knowledge of blood relative history No hay conocimiento de la historia medica familiar
 Adopted/Adoptado(a)

| | | | |
|----------------------------|---|----------------------|-------------------------------------|
| Father/Padre: | Living/Vivo(a) | Deceased/Difunto(a) | Cause of death/Causa de la muerte: |
| | Age/Edad: | Age:/Edad | |
| | Major Illnesses/ Enfermedades mayores: | | |
| Mother/Madre: | Living/Vivo(a) | Deceased/Difunto (a) | Cause of death/Causa de la muerte: |
| | Age/Edad: | Age:/Edad | |
| | Major Illnesses/: Enfermedades mayores: | | |
| Brother(s)/ Hermano | Living/Vivo(a) | Deceased/Difunto(a) | Cause of death/Causa de la muerte: |
| | Age/Edad: | Age:/Edad | |
| | Major Illnesses/: Enfermedades mayores: | | |
| | Living/Vivo(a) | Deceased/Difunto(a) | Cause of death/Causa de la muerte: |
| | Age/Edad: | Age:/Edad | |
| | Major Illnesses/: Enfermedades mayores: | | |
| Sister(s)/ Hermana | Living/Vivo(a) | Deceased/Difunto(a) | Cause of death/ Causa de la muerte: |
| | Age/Edad: | Age:/Edad | |
| | Major Illnesses/: Enfermedades mayores: | | |
| | Living/Vivo(a) | Deceased/Difunto(a) | Cause of death/ Causa de la muerte: |
| | Age/Edad: | Age:/Edad | |
| | Major Illnesses/: Enfermedades mayores: | | |

ADULT COMPREHENSIVE HEALTH HISTORY
HISTORIA COMPLETA ADULTA de SALUD

Patient Name: El Nombre paciente: _____

Patient Date of Birth: La Fecha paciente de Nacimiento: _____

| Vaccinations/ Vacunas | | | | |
|--|---|----------------------------|--|------------------------------------|
| Flu/Gripe | Pneumovax | Hepatitis B | Meningitis | |
| Tetanus/ Tétano | Zostavax | Gardasil (HPV) | Other/Otra: | |
| Medical Testing/ (include year of most recent if known) Exámenes médicos (incluye año si es conocido) | | | | |
| Mammogram/ Mamiograma | Colonoscopy/ Colonoscopia | | PSA (Prostate cancer screening) examen para cáncer de próstata | |
| Pap Smear/ Papanicolau | Sigmoidoscopy | | Exercise Stress Test/ Examen de estresor al ejercitar | |
| Bone Density test/ Densidad de los huesos | Stool blood test/ Análisis de sangre en los escrementos | | HIV test/Examen de SIDA | |
| Social History/ Historia social | | | | |
| Marital Status/ Estado marital: | Single/soltero(a) | Married/ Casado(a) | Divorced/ divorciado(a) | Widowed/ Enviudado(a) |
| Currently: Al presente | Employed/ Empleado(a) | Unemployed/ Desempleado(a) | Retired/ Jubilado(a) | Disabled/Incapacitado(a) |
| Occupation/ (list previous if retired) Ocupación (Liste los anteriores si esta jubilado(a)): | | | | |
| Tobacco/Tabaco: | None/ No | Smoke/fuma | Chew/masque | Quit When ¿Dejo el tabaco? cuándo? |
| Alcohol: | None/ No | Occasional/ Ocasionalmente | 1-2 /day uno o 2 al día | More than 2/day Más de 2 al día |
| Recreational Drugs Drogas recreativas: | None/ No | Yes /Si | | |
| Exercise/Ejercicio: one/Occasional No or ocasionalmente Less than 3 days/week Menos de 3 veces a la semana 3+ days/week más de 3 veces a la semana | | | | |
| Type/Tipo: | | | | |
| Daily stress level: ¿El nivel diario de estresor? | Low 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 High Bajo 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Alto | | | |
| Is there anything about your medical or personal history that you would like your health care provider to know? ¿Hay algo acerca de su historia médica o personal que usted quiere comunicar a su asistente médico? | | | | |