



<b>First Name</b> (Nombre): _____	<b>NOTE:</b> This form provides information about your healthcare history, is confidential, and part of your medical record. If you do not understand a question or word, please ask for assistance. <i>(Este formulario proporciona información sobre su historial médico, es confidencial, y es parte de su archivo médico. Si usted no entiende alguna pregunta o alguna palabra, por favor pida ayuda.)</i>		
<b>Last Name</b> (Apellido): _____			
<b>Primary Care Doctor/Provider</b> (Médico de atención primaria): _____			
	<table style="width:100%; border: none;"> <tr> <td style="width:50%; border: none;"><b>Race/Ethnicity</b> (Raza/Etnicidad): _____</td> <td style="width:50%; border: none;"><b>Preferred Language</b> (Idioma Preferido): _____</td> </tr> </table>	<b>Race/Ethnicity</b> (Raza/Etnicidad): _____	<b>Preferred Language</b> (Idioma Preferido): _____
<b>Race/Ethnicity</b> (Raza/Etnicidad): _____	<b>Preferred Language</b> (Idioma Preferido): _____		

**Date of Birth** (Fecha de nacimiento): \_\_\_\_\_ **Today's Date** (Fecha de hoy): \_\_\_\_\_

If you completed your Health History questionnaire in MyChart, answer only the questions in the gray box.

### PERSONAL HISTORY (HISTORIA PERSONAL)

**Marital status:** (Estado civil)     **Single** (solo)     **Married** (casado)     **Divorced** (divorciado)     **Widowed** (viudo)     **Significant other** (pareja)

**Occupation** (Ocupación): \_\_\_\_\_ **Contraceptive method used** (Método anticonceptivo): \_\_\_\_\_

**Ethnicity** (Etnicidad):     **White**     **African American**     **Hispanic**     **Asian**     **Other** (otro) \_\_\_\_\_

**# of Pregnancies** (# de embarazos): \_\_\_\_\_

**# of Children** (# de niños): \_\_\_\_\_ **Son(s)** (Hijo(s)): \_\_\_\_\_ **Daughter(s)** (Hija(s)): \_\_\_\_\_

**# of Brothers** (# de hermanos): \_\_\_\_\_ **What is your maximum height?** (¿Cuál es su altura máxima?): \_\_\_\_\_

**# of Sisters** (# de hermanas): \_\_\_\_\_ **Do you take Calcium?** (¿Toma calcio?):     **Yes** (Sí)     **No**

**If so, how much?** (Si es así, ¿cuánto?): \_\_\_\_\_

**List any allergies and types of reaction(s)** (Haga una lista de las alergias y el tipo de reacción): \_\_\_\_\_

**Have you ever been hospitalized?** (¿Ha sido hospitalizado alguna vez?):     **Yes** (Sí)     **No**    *If yes, please list date(s) and reason(s) below (En caso afirmativo, por favor indique la fecha y la razón.)*

**Broken Bones** (Huesos rotos):     **Yes** (Sí)     **No**    *If yes, when/which bone?* (En caso afirmativo, cuándo/cual hueso?)

**Please share records with:**

**Last tetanus shot** (Última vacuna contra el tétano): \_\_\_\_\_ (Por favor, comparta mis registros con)

### MEDICATIONS (Medicamentos)

**What prescribed and non-prescribed medication(s) do you take?** (¿Qué medicamentos prescritos y no prescritos toma?)

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_

	Age (Edad)	Illness/Cause of Death (Enfermedad/causa de muerte)
Mother		
Father		

### SOCIAL HISTORY (HISTORIA SOCIAL)

**Tobacco Use** (Uso del Tabaco):     **Yes** (Sí)     **No**    **Packs per day** (Paquetes por día):     .25     .5     1     1.5     2     \_\_\_\_\_

**Years of use** (Años de uso):     .5     1     2     3     4     5     \_\_\_\_\_    **Quit date** (mm/dd/yyyy) \_\_\_\_\_ (Fecha de cuando dejó de usarlo - mm/dd/año)

**Smokeless Tobacco** (Tabaco sin humo/de mascar)     **Yes** (Sí)     **No**    **Quit date** (mm/dd/yyyy) \_\_\_\_\_ (Fecha de cuando dejó de usarlo - mm/dd/año)

**Ready to Quit** (Listo para dejar de usar el tabaco)     **Yes** (Sí)     **No**

**Comment** (comentario): \_\_\_\_\_

**SOCIAL HISTORY (HISTORIA SOCIAL) cont.**

<b>Alcohol Use</b> (Uso de Alcohol): <input type="checkbox"/> Yes (Sí) <input type="checkbox"/> No	<b>Sexually Active</b> (Sexualmente Activo) <input type="checkbox"/> Yes (Sí) <input type="checkbox"/> No																				
<b>Alcohol Drinks per week</b> (Alcohol/Semana):	<b>Partners</b> (Pareja): Female (Mujer) <input type="checkbox"/> Male (Hombre) <input type="checkbox"/>																				
<b>Drug Use</b> (Uso de Drogas): <input type="checkbox"/> Yes (Sí) <input type="checkbox"/> No	<table border="1"> <tr> <td><b>Birth Control:</b> (Anticonceptivo)</td> <td><b>Abstinence</b> (abstinencia) <input type="checkbox"/></td> <td><b>Coitus Interruptus</b> (Coito Interrumpido) <input type="checkbox"/></td> <td><b>Condom</b> (Condón) <input type="checkbox"/></td> <td><b>Post-menopausal</b> (Post menopausia) <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><b>Diaphragm</b> (Diafragma) <input type="checkbox"/></td> <td><b>Implant</b> (Implante) <input type="checkbox"/></td> <td><b>Injection</b> (Inyección) <input type="checkbox"/></td> <td><b>Inserts</b> (Insertos) <input type="checkbox"/></td> <td><b>Rhythm</b> (Ritmo) <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><b>IUD</b> (IUD) <input type="checkbox"/></td> <td><b>OCP</b> (OCP) <input type="checkbox"/></td> <td><b>Patch</b> (Parche) <input type="checkbox"/></td> <td colspan="2"><b>Spermicide</b> (Espermicida) <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><b>Sponge</b> (Esponja) <input type="checkbox"/></td> <td><b>Surgical</b> (Cirugía) <input type="checkbox"/></td> <td><b>Vasectomy</b> (Vasectomía) <input type="checkbox"/></td> <td><b>Other</b> (Otro) <input type="checkbox"/></td> <td><b>None</b> (Ninguno) <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	<b>Birth Control:</b> (Anticonceptivo)	<b>Abstinence</b> (abstinencia) <input type="checkbox"/>	<b>Coitus Interruptus</b> (Coito Interrumpido) <input type="checkbox"/>	<b>Condom</b> (Condón) <input type="checkbox"/>	<b>Post-menopausal</b> (Post menopausia) <input type="checkbox"/>	<b>Diaphragm</b> (Diafragma) <input type="checkbox"/>	<b>Implant</b> (Implante) <input type="checkbox"/>	<b>Injection</b> (Inyección) <input type="checkbox"/>	<b>Inserts</b> (Insertos) <input type="checkbox"/>	<b>Rhythm</b> (Ritmo) <input type="checkbox"/>	<b>IUD</b> (IUD) <input type="checkbox"/>	<b>OCP</b> (OCP) <input type="checkbox"/>	<b>Patch</b> (Parche) <input type="checkbox"/>	<b>Spermicide</b> (Espermicida) <input type="checkbox"/>		<b>Sponge</b> (Esponja) <input type="checkbox"/>	<b>Surgical</b> (Cirugía) <input type="checkbox"/>	<b>Vasectomy</b> (Vasectomía) <input type="checkbox"/>	<b>Other</b> (Otro) <input type="checkbox"/>	<b>None</b> (Ninguno) <input type="checkbox"/>
<b>Birth Control:</b> (Anticonceptivo)	<b>Abstinence</b> (abstinencia) <input type="checkbox"/>	<b>Coitus Interruptus</b> (Coito Interrumpido) <input type="checkbox"/>	<b>Condom</b> (Condón) <input type="checkbox"/>	<b>Post-menopausal</b> (Post menopausia) <input type="checkbox"/>																	
<b>Diaphragm</b> (Diafragma) <input type="checkbox"/>	<b>Implant</b> (Implante) <input type="checkbox"/>	<b>Injection</b> (Inyección) <input type="checkbox"/>	<b>Inserts</b> (Insertos) <input type="checkbox"/>	<b>Rhythm</b> (Ritmo) <input type="checkbox"/>																	
<b>IUD</b> (IUD) <input type="checkbox"/>	<b>OCP</b> (OCP) <input type="checkbox"/>	<b>Patch</b> (Parche) <input type="checkbox"/>	<b>Spermicide</b> (Espermicida) <input type="checkbox"/>																		
<b>Sponge</b> (Esponja) <input type="checkbox"/>	<b>Surgical</b> (Cirugía) <input type="checkbox"/>	<b>Vasectomy</b> (Vasectomía) <input type="checkbox"/>	<b>Other</b> (Otro) <input type="checkbox"/>	<b>None</b> (Ninguno) <input type="checkbox"/>																	
<b>Type</b> (Tipo):																					
<b>Use/Week</b> (Uso/Semana):																					
<b>Comment</b> (Comentario):																					

**YOUR MEDICAL HISTORY (SU HISTORIAL MÉDICO)**

Diagnosis (Diagnóstico)	Yes (Sí)	No	Diagnosis (Diagnóstico)	Yes (Sí)	No	Diagnosis (Diagnóstico)	Yes (Sí)	No
<b>Acromegaly</b> (Acromegalia)			<b>Addison's disease</b> (La enfermedad de Addison)			<b>Asthma</b> (Asma – enfermedad pulmonar crónica)		
<b>Cushing syndrome</b> (síndrome de Cushing)			<b>Depression</b> (Depresión)			<b>Goiter</b> (Goiter)		
<b>Graves disease</b> (La enfermedad de Graves)			<b>Growth hormone deficiency</b> (Deficiencia de la hormona del crecimiento)			<b>Gynecomastia</b> (Ginecomastia)		
<b>Hashimoto's thyroiditis</b> (Enfermedad de Hashimoto)			<b>Hirsutism</b> (Hirsutismo)			<b>Hypertension –high blood pressure</b> (Alta presión arterial)		
<b>Hyperthyroidism</b> (Hipertiroidismo)			<b>Hypothyroidism</b> (Hipotiroidismo)			<b>Hypopituitarism</b> (Hipopituitarismo)		
<b>Iatrogenic Hypothy</b> (Iatrogenic Hypothy)			<b>Kidney stones</b> (Cálculos renales)			<b>MEN</b> (Neoplasia endocrina multiple - NEM)		
<b>Osteopenia</b> (Osteopenia)			<b>Osteoporosis</b> (La osteoporosis)			<b>Polycystic ovary syndrome</b> (Síndrome de Ovario poliquístico)		
<b>Post-surgical hypothy</b> (Hipótesis postquirúrgica)			<b>Pregnancy w/thyroid dysfunction</b> (Embarazo con disfunción tiroidea)			<b>Testosterone deficiency</b> (Deficiencia de testosterona)		
<b>Thyroid Cancer</b> (Cáncer de tiroides)			<b>Thyroid nodule</b> (Nódulo tiroideo)			<b>Vitamin D Deficiency</b> (Deficiencia de vitamina D)		

**Other medical history** (Otros antecedentes medicos):

**SURGICAL HISTORY (ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS - CIRUGIAS)**

Diagnosis (Diagnóstico)	Yes (Sí)	No	Diagnosis (Diagnóstico)	Yes (Sí)	No	Diagnosis (Diagnóstico)	Yes (Sí)	No
<b>Adrenal Surgery</b> (Cirugía suprarrenal)			<b>Pituitary surgery</b> (Cirugía pituitaria)			<b>Gastric restriction surgery</b> (Cirugía de restricción gástrica)		
<b>Parathyroid surgery</b> (Cirugía paratiroidea)			<b>Thyroid surgery</b> (Cirugía de tiroides)			<b>Cholecystectomy</b> (Colecistectomía)		
<b>Tonsillectomy</b> (Amigdalectomía)								

**FAMILY HISTORY (ANTECEDENTES FAMILIARES)**

Relationship (Relación)	Name (Nombre)	Alcohol/Drug (Alcohol/Drogas)	Anxiety disorder/Depression (Ansiedad/depresión)	Asthma (Asma)	Arthritis (Artritis)	COPD (EPOC – enfermedad pulmonar crónica)	Diabetes (Diabetes)	Endocrine disorder (Tumor endocrino)	Glaucoma (Glaucoma)	Goiter/Enlarged thyroid (Goiter/Tiroide agrandada)	Heart Disease (Enfermedad del corazón)	High Cholesterol (Hiperlipidemia)	High Blood Pressure (Alta presión arterial)	Kidney stones (Cálculos renales)	Newborn Deaths (Recién nacido muerto)	Osteoporosis (La osteoporosis)	Stroke (Derrame cerebral)	Thyroid disease (Enfermedad de la tiroides)	Other (Otro)	Other (Otro)
<input type="checkbox"/> Adopted (Adoptado/a)	<input type="checkbox"/> Family history unknown (Antecedentes familiares desconocidos)																			
<b>Mother</b> (Madre)																				
<b>Father</b> (Padre)																				
<b>Sister 1</b> (Hermana)																				
<b>Sister 2</b> (Hermana)																				
<b>Sister 3</b> (Hermana)																				
<b>Brother 1</b> (Hermano)																				
<b>Brother 2</b> (Hermano)																				
<b>Brother 3</b> (Hermano)																				

**FAMILY HISTORY (ANTECEDENTES FAMILIARES) cont.**

<b>Maternal Aunt</b> (Tía Materna)																				
<b>Maternal Uncle</b> (Tío Materno)																				
<b>Paternal Aunt</b> (Tía Paterna)																				
<b>Paternal Uncle</b> (Tío Paterno)																				
<b>Maternal Grandmother</b> (Abuela Materna)																				
<b>Maternal Grandfather</b> (Abuelo Materno)																				
<b>Paternal Grandmother</b> (Abuela Paterna)																				
<b>Paternal Grandfather</b> (Abuelo Paterno)																				

**Additional Relatives (Parientes Adicionales):**


**Additional Details (Detalles):**


**Reviewed by:** \_\_\_\_\_ **Date:** \_\_\_\_\_