



ADULT HEALTH HISTORY (HISTORIA DE SALUD DE ADULTO)

First Name (Nombre):	NOTE: 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>	
Last Name (Apellido):		
Primary Care Doctor/Provider (Médico de atención primaria):		
	Race/Ethnicity (Raza/Etnicidad):	Preferred Language (Idioma Preferido):

MEDICAL HISTORY (HISTORIAL MÉDICO)

Diagnosis (Diagnóstico)	Yes (Sí)	No	Diagnosis (Diagnóstico)	Yes (Sí)	No	Diagnosis (Diagnóstico)	Yes (Sí)	No
Anemia (Anemia)			Diabetes mellitus (Diabetes mellitus)			Myocardial infarction (Infarto de miocardio)		
Anxiety (Asiedad)			Clotting disorder (Trastorno de la coagulación)			Arthritis (Artritis)		
GERD (Reflujo de acidez Gástrica)			Asthma (Asma)			Seizures (Convulsiones)		
Cancer (Cáncer)			Heart murmur (Soplo (murmullo) cardiaco)			Hepatitis (Hepatitis)		
Stroke (Derrame cerebral)			CHF (Insuficiencia cardiac congestive)			HIV/AIDS (VIH/SIDA)		
Hypertension –high blood pressure (Alta presión arterial)			Thyroid disease (Enfermedad de la tiroides)			COPD (EPOC –enfermedad pulmonar crónica)		
Kidney disease (Enfermedad del riñon)			Depression (Depresión)			High cholesterol (Alto nivel de colesterol)		

Other medical history (Otros antecedentes medicos):

SURGICAL HISTORY (ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS - CIRUGIAS)

Diagnosis (Diagnóstico)	Yes (Si)	No	Diagnosis (Diagnóstico)	Yes (Si)	No	Diagnosis (Diagnóstico)	Yes (Si)	No
Appendectomy (Apendectomía)			C-Section (Cesárea)			Prostate surgery (Cirugía de prostate)		
Brain surgery (Cirugía en el cerebro)			Eye surgery (Cirugía del ojo)			Breast surgery (Cirugía de mama)		
Spine surgery (Cirugía de la columna vertebral)			CABG (Bypass coronario depuentes a las arterias coronarias (CABG))			Hernia repair (Reparación de hernia)		
Tubal ligation (Ligadura de trompas)			Cholecystectomy <i>(Gallbladder removal)</i> (Colecistectomía – extirapación de la vesicula)			Hysterectomy (Histerectomía)		
Valve replacement (Reemplazo de la válvula)			Colon surgery (Cirugía de colon)			Cosmetic surgery (Cirugía estética)		

Other surgical history (Otros antecedentes quirúrgicos – cirugías):

FAMILY HISTORY (ANTECEDENTES FAMILIARES)

Relationship (Relación)	Alcohol/Drug (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 (Glaucoma)	High Cholesterol (Hiperlipidemia)	High Blood Pressure (Alta presión arterial)	Kidney disease (Enfermedad del riñon)	Macular degeneration (Degeneración macular)	Mental illness (Enfermedad mental)	Prostate Cancer (Cáncer de prostate)	Rheum. arthritis (Artritis reumatoidea)	Stroke (Derrame cerebral)	Thyroid disease (Enfermedad de la tiroides)
Mother (Madre)																		
Father (Padre)																		
Sister (Hermana)																		
Brother (Hermano)																		
Maternal Grandmother (Abuela Materna)																		

FAMILY HISTORY (ANTECEDENTES FAMILIARES)

Relationship (Relación)	Alcohol/Drug (Alcohol/Drogas)	Aneurysm (Aneurisma)	Asthma (Asma)	Breast Cancer (Cáncer de mama (seno))	Cancer (Cáncer)	Colon Cancer (Cáncer de colon)	Coronary artery (Arteria coronaria)	Diabetes (Diabetes)	Glaucoma (Glaucoma)	High Cholesterol (Hiperlipidemia)	High Blood Pressure (Alta presión arterial)	Kidney disease (Enfermedad del riñón)	Macular degeneration (degeneración macular)	Mental illness (Enfermedad mental)	Prostate Cancer (Cáncer de prostate)	Rheum arthritis (Artritis reumatoidea)	Stroke (Derrame cerebral)	Thyroid disease (Enfermedad de la tiroides)
Maternal Grandfather (Abuelo Materno)																		
Paternal Grandmother (Abuela Paterna)																		
Paternal Grandfather (Abuelo Paterno)																		
Additional Relatives (Parientes Adicionales):																		

Adopted (Adoptado/a)

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):

Alcohol Use (Uso de Alcohol): Yes (Sí) No **Comment** (comentario):

<p>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)</p>	<p>Alcohol/Week (Alcohol/Semana):</p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------

Drug Use (Uso de Drogas): Yes (Sí) No **Comment:** (Comentario)

Use/Week: _____ (Uso/Semana) **Types:** (Tipo)

Amphetamines (Anfetaminas) **Cocaine** (Cocaína)
 Barbituates (Barbitúricos) **Marijuana**
 Benzodiazepines (Benzodiazepinas) **Other** (Otra) _____

Sexual Activity (Actividad Sexual): Yes (Sí) No **Comment** (comentario):
 Not Currently (No Actualmente)

Partners (Compañero/a (s); Pareja): **Male** (Hombre) **Female** (Mujer)

Birth Control / Protection: (Método Anticonceptivo/Protección)

<input type="checkbox"/> Abstinence (Abstinencia)	<input type="checkbox"/> Coitus interruptus (Coito interrumpido)	<input type="checkbox"/> Condom (Condón)	<input type="checkbox"/> Diaphragm (Diafragma)
<input type="checkbox"/> Implant (Implante)	<input type="checkbox"/> Inserts (Cápsulas anticonceptivas vaginales)	<input type="checkbox"/> IUD (dispositivo intrauterino)	<input type="checkbox"/> OCP (Píldora anticonceptiva oral)
<input type="checkbox"/> Patch (Parche)	<input type="checkbox"/> Rhythm (Ritmo)	<input type="checkbox"/> Spermicide (un espermicida)	<input type="checkbox"/> Sponge (Esponja)
<input type="checkbox"/> Surgical (cirugía)	<input type="checkbox"/> None (nada)		

<p>Diet (Dieta/Régimen):</p> <input type="checkbox"/> Regular low-fat (Normal - bajo en grasa) <input type="checkbox"/> Low carb (Baja en carbohidratos) <input type="checkbox"/> Gluten free (Sin gluten) <input type="checkbox"/> Vegan (Vegetariano estricto) <input type="checkbox"/> Atkins <input type="checkbox"/> Zone <input type="checkbox"/> Vegetarian (Vegetariano) <input type="checkbox"/> High protein (Rica en proteínas) <input type="checkbox"/> Master cleanse	<p>Exercise (Ejercicio):</p> <input type="checkbox"/> Walking: _____ /wk (semana) <input type="checkbox"/> Yoga: _____ /wk (semana) (Caminando) <input type="checkbox"/> Running: _____ /wk (semana) <input type="checkbox"/> Weights: _____ /wk (semana) (Corriendo) (Levantando pesas) <input type="checkbox"/> Swimming: _____ /wk (semana) <input type="checkbox"/> Cycling: _____ /wk (semana) (Nadando) (Bicicleta)
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------