



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

**MEDICAL HISTORY (HISTORIAL MÉDICO)**

Diagnosis (Diagnóstico)	Yes (Sí)	No	Diagnosis (Diagnóstico)	Yes (Sí)	No	Diagnosis (Diagnóstico)	Yes (Sí)	No
<b>Anemia</b> (Anemia)			<b>Anxiety</b> (Ansiedad)			<b>Blood/Plasma Transfusion</b> (Transfusión de Sangre/Plasma)		
<b>Cancer (type)</b> (Cáncer - tipo)			<b>Childhood Arthritis</b> (La Artritis de la Niñez)			<b>Colitis</b> (Colitis)		
<b>Depression</b> (Depresión)			<b>Diabetes Mellitus</b> (Diabetes Mellitus)			<b>Emphysema</b> (Enfisema)		
<b>Gout</b> (Gota)			<b>Headaches</b> (Dolores de Cabeza)			<b>Heart Disease</b> (Enfermedad del Corazón)		
<b>Hypertension – high blood pressure</b> (Alta presión arterial)			<b>HIV/AIDS</b> (VIH/SIDA)			<b>Joint Replacement</b> (Reemplazo articular)		
<b>Kidney Disease</b> (Enfermedad del Riñón)			<b>Lupus</b> (Lupus)			<b>Osteoporosis</b> (Osteoporosis)		
<b>Pneumonia</b> (Neumonía)			<b>Psoriasis</b> (Psoriasis)			<b>Psoriatic Arthritis</b> (Artritis Psoriásica)		
<b>Raynaud’s Phenomenon</b> (El fenómeno de Raynaud)			<b>Rheumatic Fever</b> (Fiebre Reumática)			<b>Rheumatoid Arthritis</b> (La Artritis Reumatoide)		
<b>Seizures</b> (Convulsiones)			<b>Stroke</b> (Derrame Cerebral)			<b>Thyroid Disease</b> (Enfermedad de Tiroides)		
<b>Tuberculosis</b> (Tuberculosis)			<b>Ulcers (GI)</b> (Úlceras - Gastrointestinales)			<b>Vasculitis</b> (Vasculitis)		

**Other medical history (Otro historial médico):**
**SURGICAL HISTORY (ANTECEDENTES QUIRÚRGICO)**

Diagnosis (Diagnóstico)	Yes (Sí)	No	Diagnosis (Diagnóstico)	Yes (Sí)	No	Diagnosis (Diagnóstico)	Yes (Sí)	No
<b>Appendectomy</b> (Apendectomía)			<b>Brain Surgery</b> (Cirugía Cerebral)			<b>Eye Surgery</b> (Cirugía del ojo)		
<b>Low Back Surgery</b> (Cirugía de la columna baja)			<b>CABG</b> (Coronary Artery Bypass Grafting) (Cirugía de Revascularización Coronaria)			<b>Hernia Repair</b> (Reparación de la Hernia)		
<b>Cholecystectomy</b> (Colecistectomía)			<b>Valve Replacement</b> (Cirugía de Reemplazo Valvular)			<b>Colon Surgery</b> (Cirugía del Colon)		
<b>Cosmetic Surgery</b> (Cirugía Estética)			<b>C-Section</b> – females only (Cesárea – sólo mujeres)			<b>Breast Surgery</b> (Cirugía de Mama)		
<b>Hysterectomy – females only</b> (Histerectomía – sólo mujeres)			<b>Tubal Ligation/Essure</b> – females only (Ligadura de Trompas – sólo mujeres)			<b>Prostate Surgery – males only</b> (Cirugía de la Próstata - sólo hombres)		

**Other surgical history (Otro historial de cirugía):**
**FAMILY HISTORY (ANTECEDENTES FAMILIARES)**

Relationship (Relación)	Ankylosing Spondylitis (Espondilitis Anquilosante)	Asthma (Asma)	Blood Disease (Enfermedades de sangre)	Cancer (Cáncer)	Colitis (Colitis)	Diabetes (Diabetes)	Gout (Gota)	Heart Disease (Enfermedad del Corazón)	High Blood Pressure (Alta Presión Arterial)	Kidney Disease (Enfermedad del Riñón)	Lupus (Lupus)	Psoriasis (Psoriasis)	Stroke (Derrame Cerebral)	Thyroid Disease (Enfermedad de la Tiroides)							
<b>Mother (Madre)</b>																					
<b>Father (Padre)</b>																					
<b>Sister (Hermana)</b>																					
<b>Brother (Hermano)</b>																					
<b>Daughter (Hija)</b>																					
<b>Son (Hijo)</b>																					

## FAMILY HISTORY (ANTECEDENTES FAMILIARES)

Relationship (Relación)	Ankylosing Spondylitis (Espondilitis Anquilosante)	Asthma (Asma)	Blood Disorder (Trastorno de la Sangre)	Cancer (Cáncer)	Colitis (Colitis)	Diabetes (Diabetes)	Gout (Gota)	Heart Disease (Enfermedad del Corazón)	High Blood Pressure (Alta Presión Arterial)	Kidney Disease (Enfermedad del Riñón)	Lupus (Lupus)	Psoriasis (Psoriasis)	Stroke (Derrame Cerebral)	Thyroid Disease (Enfermedad de la Tiroides)							
Maternal Grandmother (Abuela Materna)																					
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  3  \_\_\_\_\_

Years of Use (Años de Uso):  .5  1  2  3  4  5  10  15  \_\_\_\_\_ 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):

Drinks/Week: _____ (Bebidas/Semana)	Alcohol/Week (Alcohol/Semana):
_____ Glasses of Wine (Copas de Vino) _____ 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)	

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

Use/Week: _____ (Uso/Semana)	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 10%;">Types: (Tipo)</td> <td><input type="checkbox"/> Amphetamines</td> <td><input type="checkbox"/> Amyl nitrate</td> <td><input type="checkbox"/> Anabolic steroids</td> <td><input type="checkbox"/> Barbituates</td> <td><input type="checkbox"/> Benzodiazepines</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> "Crack" cocaine</td> <td><input type="checkbox"/> Cocaine</td> <td><input type="checkbox"/> Codeine</td> <td><input type="checkbox"/> Fentanyl</td> <td><input type="checkbox"/> Flunitrazepam</td> <td><input type="checkbox"/> GHB</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Hashish</td> <td><input type="checkbox"/> Heroin</td> <td><input type="checkbox"/> Hydrocodone</td> <td><input type="checkbox"/> Hydromorphone</td> <td><input type="checkbox"/> Ketamine</td> <td><input type="checkbox"/> LSD</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Marijuana</td> <td><input type="checkbox"/> MDMA (Ecstasy)</td> <td><input type="checkbox"/> Mescaline</td> <td><input type="checkbox"/> Methamphetamines</td> <td><input type="checkbox"/> Methaqualone</td> <td><input type="checkbox"/> Methylphenidate</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Morphine</td> <td><input type="checkbox"/> Nitrous oxide</td> <td><input type="checkbox"/> Opium</td> <td><input type="checkbox"/> Oxycodone</td> <td><input type="checkbox"/> PCP</td> <td><input type="checkbox"/> Psilocybin</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Solvent inhalants</td> <td colspan="5"><input type="checkbox"/> Other _____</td> </tr> </table>	Types: (Tipo)	<input type="checkbox"/> Amphetamines	<input type="checkbox"/> Amyl nitrate	<input type="checkbox"/> Anabolic steroids	<input type="checkbox"/> Barbituates	<input type="checkbox"/> Benzodiazepines	<input type="checkbox"/> "Crack" cocaine	<input type="checkbox"/> Cocaine	<input type="checkbox"/> Codeine	<input type="checkbox"/> Fentanyl	<input type="checkbox"/> Flunitrazepam	<input type="checkbox"/> GHB	<input type="checkbox"/> Hashish	<input type="checkbox"/> Heroin	<input type="checkbox"/> Hydrocodone	<input type="checkbox"/> Hydromorphone	<input type="checkbox"/> Ketamine	<input type="checkbox"/> LSD	<input type="checkbox"/> Marijuana	<input type="checkbox"/> MDMA (Ecstasy)	<input type="checkbox"/> Mescaline	<input type="checkbox"/> Methamphetamines	<input type="checkbox"/> Methaqualone	<input type="checkbox"/> Methylphenidate	<input type="checkbox"/> Morphine	<input type="checkbox"/> Nitrous oxide	<input type="checkbox"/> Opium	<input type="checkbox"/> Oxycodone	<input type="checkbox"/> PCP	<input type="checkbox"/> Psilocybin	<input type="checkbox"/> Solvent inhalants	<input type="checkbox"/> Other _____				
Types: (Tipo)	<input type="checkbox"/> Amphetamines	<input type="checkbox"/> Amyl nitrate	<input type="checkbox"/> Anabolic steroids	<input type="checkbox"/> Barbituates	<input type="checkbox"/> Benzodiazepines																																
<input type="checkbox"/> "Crack" cocaine	<input type="checkbox"/> Cocaine	<input type="checkbox"/> Codeine	<input type="checkbox"/> Fentanyl	<input type="checkbox"/> Flunitrazepam	<input type="checkbox"/> GHB																																
<input type="checkbox"/> Hashish	<input type="checkbox"/> Heroin	<input type="checkbox"/> Hydrocodone	<input type="checkbox"/> Hydromorphone	<input type="checkbox"/> Ketamine	<input type="checkbox"/> LSD																																
<input type="checkbox"/> Marijuana	<input type="checkbox"/> MDMA (Ecstasy)	<input type="checkbox"/> Mescaline	<input type="checkbox"/> Methamphetamines	<input type="checkbox"/> Methaqualone	<input type="checkbox"/> Methylphenidate																																
<input type="checkbox"/> Morphine	<input type="checkbox"/> Nitrous oxide	<input type="checkbox"/> Opium	<input type="checkbox"/> Oxycodone	<input type="checkbox"/> PCP	<input type="checkbox"/> Psilocybin																																
<input type="checkbox"/> Solvent inhalants	<input type="checkbox"/> Other _____																																				

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

Partners (Compañero/a (s); Pareja):  Married (Casado)  Single (Soltero)  Widowed (Viudo)  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"/> Injection (Inyección)	<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"/> Post-menopausal (Posmenopausa)	<input type="checkbox"/> Rhythm (Ritmo)	<input type="checkbox"/> Spermicide (un Espermicida)	<input type="checkbox"/> Sponge (Esponja)
<input type="checkbox"/> Surgical (Cirugía)	<input type="checkbox"/> Other (Otro)	<input type="checkbox"/> None (Nada)		