



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

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

OBSTETRIC HISTORY (HISTORIAL OBSTÉTRICA)

Are you currently pregnant? (¿Está embarazada actualmente?) <input type="checkbox"/> Yes (Sí) <input type="checkbox"/> No			
What is your pre-pregnancy weight? (¿Cuál es su peso antes del embarazo?) _____			
Gravida	How many times have you been pregnant? (¿Cuántas veces ha estado embarazada?) _____	AB	How many pregnancy losses total? (¿Cuántos embarazos ha perdido en total?) _____
Term	How many births at 37 or more weeks have you had? (¿Cuántos nacimientos a las 37 semanas o más ha tenido?) _____	SAB	Number of miscarriages? (¿Número de abortos involuntarios?) _____
Preterm	How many births before 37 weeks have you had? (¿Cuántos nacidos antes de las 37 semanas ha tenido?) _____	TAB	Number of elective termination of pregnancies? (¿Número de interrupciones voluntarias del embarazo?) _____
Live Births	Number of live births (¿Número de hijos nacidos vivos?) _____	Ectopic	Number of ectopic pregnancies? (¿Número de embarazos ectópicos?) _____
Multiple	Have you given birth to multiples (eg. twins, triplets, etc)? (¿Ha dado a luz a múltiples (gemelos, trillizos, etc)?) _____	Molar	Number of molar (tumor) pregnancies? (¿Número de embarazos molares (tumoraes)?) _____
Living	How many living children do you currently have? (¿Cuántos hijos vivos tiene actualmente?) _____		

PREGNANCY HISTORY (HISTORIA DE EMBARAZO)

Date (Fecha)	Where (Dónde)	Was baby on time? (¿Bebé nació a tiempo?)	Boy or Girl (niño o niña)	Vaginal or C-Section (Parto normal o cesarea)	Baby's Weight (peso del bebé)	Anesthetic? (¿Anestésico?)	Complications for you or baby - incl. high blood pressure, gestational diabetes, premature labor, children born with birth defects. Complicaciones para usted o el bebé - incl. presión arterial alta, diabetes gestacional, parto prematuro, niños que nacen con defectos de nacimiento.

MENSTRUAL HISTORY (HISTORIAL MENSTRUAL)

Age at First Period: (Edad del primer Periodo menstrual) _____	Period Cycle (days): (Ciclo Menstrual (días)) _____	Period Duration (days): (Días que dura su periodo) _____
Period Pattern (Patrón menstrual): <input type="checkbox"/> Regular (Regular) <input type="checkbox"/> Irregular (Irregular)		
Menstrual Flow (Flujo menstrual): <input type="checkbox"/> Light (Ligero) <input type="checkbox"/> Moderate (Moderado) <input type="checkbox"/> Heavy (Abundante)		
Menstrual Control: (Control Menstrual)	<input type="checkbox"/> Panty liner (Pantiprotectores) <input type="checkbox"/> Thin pad (Delgada) <input type="checkbox"/> Maxi pad (Maxi/Super) <input type="checkbox"/> Hospital pad (Maternal) <input type="checkbox"/> Tampon (Tampón) <input type="checkbox"/> Other (Otro) _____	
Frequency of change (hrs): (Frecuencia de cambio (horas)) _____		
Dysmenorrhea – menstrual pain: (el dolor menstrual)	<input type="checkbox"/> None (Ninguno) <input type="checkbox"/> Mild (Leve) <input type="checkbox"/> Moderate (Moderado) <input type="checkbox"/> Severe (Severo) If you answered yes to any of the above please check those that apply below: (Si usted contestó sí a cualquiera de los anteriores, por favor marque los que correspondan abajo)	
Last Menstrual Cycle: (Último ciclo menstrual)	<input type="checkbox"/> Cramping (Cólicos) <input type="checkbox"/> Throbbing (Palpitación) <input type="checkbox"/> Nausea (Náusea) <input type="checkbox"/> Diarrhea (diarrea) <input type="checkbox"/> Headache (Dolor de cabeza) <input type="checkbox"/> Other (Otro): _____	

PRENATAL INFECTION HISTORY (HISTORIAL DE INFECCIONES PRENATALES)

History of Oral HSV/ Historial del HSV Oral	Positive/ Positivo	Negative/ Negativo	Inconclusive/ Inconcluso	Unsure or unknown/ Inseguro o desconocido
History of Genital HSV/ Historial del HSV Genital	Positive/ Positivo	Negative/ Negativo	Inconclusive/ Inconcluso	Unsure or unknown/ Inseguro o desconocido
Partner History of Oral or Genital HSV/ Historial de pareja con HSV Oral o Genital	Yes/(Sí)	No	Unsure or unknown / Inseguro o desconocido	
History of MRSA/ Historial del SARM	Yes/(Sí)	No	Unsure or unknown / Inseguro o desconocido	
History of Chicken Pox/ Historial de Varicela	Yes/(Sí)	No	Unsure or unknown / Inseguro o desconocido	

History of Varicella vaccine/ Historial de Vacuna contra la Varicela	Yes/(Sí)	No	Unsure or unknown / Inseguro o desconocido
---	-----------------	-----------	---

PRENATAL INFECTION HISTORY CONT (Historial de infecciones prenatales continuación)

Cats in the house/ Gatos en la casa	Yes/ (Sí)	No	Unsure or unknown/ Inseguro o desconocido
Exposure to someone with TB/ Exposición a alguien con TB	Yes/ (Sí)	No	Unsure or unknown/ Inseguro o desconocido
Exposure to Zika/ Exposición a Zika	Yes/ (Sí)	No	Unsure or unknown/ Inseguro o desconocido
Partner Exposure to Zika/ Pareja con Exposición a Zika	Yes/ (Sí)	No	Unsure or unknown/ Inseguro o desconocido

PRENATAL GENETIC HISTORY (HISTORIA GENÉTICO PRENATAL)

Genetic screening includes patient, baby's father, or anyone in either family with: (Examen genético incluye paciente, padre del bebé, o persona en cualquier familia con:)

	Yes (Sí)	No		Yes (Sí)	No
Patient's age 35 years or older as of estimated date of delivery. (La paciente tiene 35 años o más, en la fecha estimada del parto)			Cystic fibrosis (La fibrosis quística)		
Thalassemia–Italian, Greek, Mediterranean, or Asian background: MCV less than 60 (Antecedentes de Talasemia–italiano, griego, mediterráneo o asiático: MCV a menor de 60)			Huntington's chorea (Corea de Huntington)		
Neural tube defect – Meningomyelocele, Spina bifida, or Anencephaly (Defectos del tubo neural - Meningomielocelo, espina bífida o anencefalia)			Intellectual disability (Discapacidad intelectual)		
Congenital heart defect (Defecto congénito del corazón)			If yes, was the person tested for Fragile X? (Si es así, la persona fué examinada por el síndrome de X frágil?)		
Down syndrome (Síndrome de Down)			Other inherited genetic or chromosomal disorder (Otros trastornos genéticos o cromosómicos heredados)		
Tay-Sachs – Ashkenazi Jewish, Cajun, French Canadian (Enfermedad de Tay-Sachs – judío Ashkenazi, Cajun, Francés canadiense)			Maternal metabolic disorder – eg. Type 1 diabetes, PKU (Trastorno metabólico de la maternidad (por ejemplo, diabetes tipo 1, la PKU)		
Canavan disease – Ashkenazi Jewish (Enfermedad de Canavan – judío Ashkenazi)			Patient or baby's father had child with birth defects not listed above (Paciente o padre del bebé tenían hijos con defectos de nacimiento no mencionados anteriormente)		
Familial dysautonomia – Ashkenazi Jewish (Disautonomía familiar – Judío Ashkenazi)			Recurrent pregnancy loss, or a stillbirth (Pérdida recurrente del embarazo, o muerte fetal)		
Sickle cell disease or trait – African (Enfermedad o rasgo de la célula falciforme – africano)			Medications – including supplements, vitamins, herbs, or over the counter drugs - illicit/recreational drugs /alcohol since last menstrual period. (Medicamentos (incluyendo suplementos, vitaminas, hierbas o Medicamentos Fuera del Recetario) drogas ilegales o recreativos/alcohol/ después del último período menstrual)		
Hemophilia or other blood disorders (Hemofilia u otros trastornos de la sangre)			<ul style="list-style-type: none"> If yes, please list & provide strength/dose (En caso afirmativo, indique nombre y la dosis) 		
Muscular dystrophy (La distrofia muscular)				<ul style="list-style-type: none"> Any other? (¿Cualquier otra?) 	

MEDICAL HISTORY (HISTORIAL MÉDICO)

Diagnosis (Diagnóstico)	Yes (Sí)	No	Diagnosis (Diagnóstico)	Yes (Sí)	No	Diagnosis (Diagnóstico)	Yes (Sí)	No
Infrequent or no periods (Infrecuente o ausencia de menstruación)			Cervical cancer (Cáncer de cuello uterino)			Asthma (Asma)		
Menopause (Menopausia)			Uterine Cancer (Cáncer uterino)			Lung disease (Enfermedad pulmonar)		
Polycystic ovarian syndrome (PCOS) (El síndrome de ovario poliquístico)			Ovarian cancer (Cáncer de ovario)			Hepatitis (Hepatitis)		
Abnormal pap (Pap anormal)			Breast cancer (Cáncer de mama)			Liver Disease (Enfermedades del hígado)		
Genital Warts (Las verrugas genitales)			Colon cancer (Cáncer del colon)			Bleeding disorder – low platelets, hemophilia, other (Trastorno hemorrágico)		
HPV - Human papillomavirus (Infección genital por VPH)			Other Cancer (Otro cancer)			Thrombophlebitis or DVT – Blood clot (Tromboflebitis o trombosis venosa profunda)		
Herpes (Herpes)			Anemia (Anemia)			Pulmonary Embolus (Embolia pulmonar)		
HIV/AIDS (VIH/SIDA)			Blood/Plasma transfusion (Transfusión de sangre)			Thyroid disease (Enfermedad de la tiroides)		
STD (gonorrhea, chlamydia) (ETS - Enfermedad de transmisión sexual)			Ulcers, Reflux, Gastritis (úlceras, reflujo, gastritis)			Headaches (Dolores de cabeza)		
PID - Pelvic Inflammatory Disease (EIP - Enfermedad Inflamatoria Pélvica)			Diabetes (Diabetes mellitus)			Seizures (Convulsiones)		
Bacterial vaginosis (La vaginosis bacteriana)			Heart disease (Enfermedad del corazón)			Autoimmune disease (Enfermedad autoinmune)		

Endometriosis (Endometriosis)			High Blood Pressure (Alta presión arterial)			Depression (Depresión)		
---	--	--	---	--	--	----------------------------------	--	--

MEDICAL HISTORY – cont. (HISTORIAL MÉDICO – cont.)

Diagnosis (Diagnóstico)	Yes (Sí)	No	Diagnosis (Diagnóstico)	Yes (Sí)	No	Diagnosis (Diagnóstico)	Yes (Sí)	No
Infertility (Esterilidad)			Stroke (Derrame cerebral)			Bipolar disease (Enfermedad bipolar)		
Fibroids (Los fibromas)			Kidney disease (Enfermedad del riñón)			Schizophrenia (Esquizofrenia)		
Ovarian cyst (Quiste de ovario)			Mental Disability (Enfermedad mental)					

Other medical history (Otros antecedentes médicos):

SURGICAL HISTORY (ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS - CIRUGIAS)

Diagnosis (Diagnóstico)	Yes (Sí)	No	Diagnosis (Diagnóstico)	Yes (Sí)	No	Diagnosis (Diagnóstico)	Yes (Sí)	No
C-Section (Cesárea)			Myomectomy (fibroid removal) (La miomectomía - extirpación de fibromas)			Breast biopsy or lumpectomy (Biopsia o Tumorectomía de mama)		
Tubal ligation (Ligadura de trompas)			Removal of ovary or ovaries (Eliminación de ovario o los ovarios)			Mastectomy (Mastectomía)		
LEEP (El procedimiento de escisión electroquirúrgica con asa)			Ovarian cyst removal (Extirpación del quiste de ovario)			Breast Implants/Augmentation (Implante de mama)		
Laser Cone (Biopsia de cono)			Laparoscopy (Laparoscopia)			Appendectomy (Apandectomía)		
Cone Biopsy (Biopsia en cono)			Hysteroscopy (Histeroscopia)			Bowel Surgery (Cirugía intestinal)		
Gynecologic Cryosurgery (Criocirugía Ginecológica)			D&C (Dilatación y curetaje)			Abdomen Surgery (Cirugía del Abdomen)		
Bladder suspension or sling (Suspensión de la vejiga)			Endometrial ablation (La ablación endometrial)			Hernia Repair (Reparación de Hernia)		
Vaginal Repair (cystocele or retrocele) (Reparación vaginal)			Thyroid Surgery (Cirugía de la tiroides)			Brain Surgery (Cirugía de cerebro)		

Hysterectomy (Histerectomía) **Other surgical history** (Otros antecedentes quirúrgicos – cirugías):

FAMILY HISTORY (ANTECEDENTES FAMILIARES)

Adopted <input type="checkbox"/> (Adoptado/a)	Breast cancer (Cáncer de mama)	Cancer (Cáncer)	Diabetes (Diabetes)	Heart failure (La insuficiencia cardíaca)	Hypertension high blood pressure (Alta presión arterial)	Ovarian cancer (El cáncer de ovario)	Stroke (Derrame cerebral)	Thyroid disease (Enfermedad de la tiroides)	Pancreatic cancer (Cáncer del páncreas)	Colon cancer (Cáncer del colon)	Uterine cancer (El cáncer uterino)	Clotting disorder (Trastorno de coagulación)	Birth Defects (Defectos de Nacimiento)
Mother (Madre)													
Father (Padre)													
Sister (Hermana)													
Brother (Hermano)													
Maternal Aunt (Tía Materna)													
Maternal Uncle (Tío Materno)													
Paternal Aunt (Tía Paterna)													
Paternal Uncle (Tío Paterno)													
Maternal Grandmother (Abuela Materna)													
Maternal Grandfather (Abuelo Materno)													
Paternal Grandmother (Abuela Paterna)													
Paternal Grandfather (Abuelo Paterno)													

Additional Relatives (Parientes Adicionales):

SOCIAL HISTORY (HISTORIA SOCIAL)

Gender Identity (Identidad de género) Female (Mujer) Male (Hombre) Transgender Female/Male-to-Female (Mujer transgénero / Hombre a mujer)

Transgender Male/Female-to-Male (Hombre transgénero / Mujer a hombre) Other (Otro) Choose not to disclose (Prefiero no Divulgar)

Intersex (intersexual) Queer-Genderqueer Questioning/Unsure (tengo dudas/estoy inseguro(a))

Sex Assigned at Birth (Sexo asignado al nacer) Female (Mujer) Male (Hombre) Unknown (Desconocido)

Not recorded on birth certificate (No registrado en acta de nacimiento) Choose not to disclose (Prefiero no Divulgar) Uncertain (Incierto)

SOCIAL HISTORY (HISTORIA SOCIAL) cont.

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"/> _____						
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"/> ____			Quit date (mm/dd/yyyy) _____ (Fecha de cuando dejó de usarlo - mm/dd/año)			
Smokeless Tobacco (Tabaco sin humo/de mascar) <input type="checkbox"/> Yes (Sí) <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> Yes (Sí) <input type="checkbox"/> No						
Comment (comentario):						
Alcohol Use (Uso de Alcohol): <input type="checkbox"/> Yes (Sí) <input type="checkbox"/> No			Sexually Active (Sexualmente Activo) <input type="checkbox"/> Yes (Sí) <input type="checkbox"/> No			
Alcohol Drinks per week (Alcohol/Semana):			Partners (Pareja): Female (Mujer) <input type="checkbox"/> Male (Hombre) <input type="checkbox"/>			
Drug Use (Uso de Drogas): <input type="checkbox"/> Yes (Sí) <input type="checkbox"/> No		Birth Control: (Anticonceptivo) <input type="checkbox"/>	Abstinence (abstinencia) <input type="checkbox"/>	Coitus Interruptus (Coito Interrumpido) <input type="checkbox"/>	Condom (Condón) <input type="checkbox"/>	Post-menopausal (Post menopausia) <input type="checkbox"/>
Type (Tipo):		Diaphragm (Diafragma) <input type="checkbox"/>	Implant (Implante) <input type="checkbox"/>	Injection (Inyección) <input type="checkbox"/>	Inserts (Insertos) <input type="checkbox"/>	Rhythm (Ritmo) <input type="checkbox"/>
Use/Week (Uso/Semana):		IUD (IUD) <input type="checkbox"/>	OCP (OCP) <input type="checkbox"/>	Patch (Parche) <input type="checkbox"/>	Spermicide (Espermicida) <input type="checkbox"/>	
Comment (Comentario):		Sponge (Esponja) <input type="checkbox"/>	Surgical (Cirugía) <input type="checkbox"/>	Vasectomy (Vasectomía) <input type="checkbox"/>	Other (Otro) <input type="checkbox"/>	None (Ninguno) <input type="checkbox"/>