

FAMILY HISTORY (ANTECEDENTES FAMILIARES)

Relationship (Relación)	Heart Disease (Enfermedad del Corazón)	Heart Attack (Ataque Cardíaco)	Diabetes (Diabetes)	Hypertension (Hipertensión)	Sudden Cardiac Event (Acontecimiento cardíaco repentino)															
Paternal Aunt (Tía paterna)																				
Paternal Uncle (Tío paterno)																				
Maternal Grandmother (Abuela Materna)																				
Maternal Grandfather (Abuelo Materno)																				
Paternal Grandmother (Abuela Paterna)																				
Paternal Grandfather (Abuelo Paterno)																				

SOCIAL HISTORY (HISTORIA SOCIAL)

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"/> 3 <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"/> 10 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> _____		Quit Date (mm/dd/yyyy) (Fecha de cuando dejó de el tabaco - 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 el tabaco de mascar- mm/dd/año):	
Counseling Given (Requirió Asesoramiento): <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		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 (Shots de Licor) _____ Standard Drinks or Equivalent (Bebidas estándar o equivalentes)			
Drug Use (Uso de Drogas): <input type="checkbox"/> Yes (Sí) <input type="checkbox"/> No		Comment: (Comentario)	
Use/Week: (Uso/Semana)	Types: (Tipo)		
	<input type="checkbox"/> "Crack" cocaine	<input type="checkbox"/> Cocaine	<input type="checkbox"/> Codeine
	<input type="checkbox"/> Hashish	<input type="checkbox"/> Heroin	<input type="checkbox"/> Hydrocodone
	<input type="checkbox"/> Marijuana	<input type="checkbox"/> MDMA (Ecstasy)	<input type="checkbox"/> Mescaline
	<input type="checkbox"/> Morphine	<input type="checkbox"/> Nitrous oxide	<input type="checkbox"/> Opium
	<input type="checkbox"/> Solvent inhalants	<input type="checkbox"/> Other _____	
	<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"/> Flunitrazepam
	<input type="checkbox"/> GHB	<input type="checkbox"/> LSD	<input type="checkbox"/> Ketamine
	<input type="checkbox"/> Methamphetamine	<input type="checkbox"/> Methaqualone	<input type="checkbox"/> Methylphenidate
	<input type="checkbox"/> PCP	<input type="checkbox"/> Psilocybin	<input type="checkbox"/> Oxycodone
Sexual Activity (Actividad Sexual): <input type="checkbox"/> Yes (Sí) <input type="checkbox"/> No		Comment (Comentario):	
<input type="checkbox"/> Not Currently (No Actualmente)			
Partners (Compañero/a (s); Pareja):	<input type="checkbox"/> Male (Hombre)	<input type="checkbox"/> 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"/> Implant (Implante)	<input type="checkbox"/> Injection (Inyección)	<input type="checkbox"/> Inserts (Cápsulas anticonceptivas Vaginales)	<input type="checkbox"/> IUD (Dispositivo Intrauterino)
<input type="checkbox"/> Patch (Parche)	<input type="checkbox"/> Post-menopausal (Pos-menopausa)	<input type="checkbox"/> Rhythm (Ritmo)	<input type="checkbox"/> Diaphragm (Diafragma)
<input type="checkbox"/> Surgical (Quirúrgico)	<input type="checkbox"/> Vasectomy (Vasectomía)	<input type="checkbox"/> Other (Otro)	<input type="checkbox"/> OCP (Píldora Anticonceptiva Oral)
			<input type="checkbox"/> Spermicide (Espermicidas)
			<input type="checkbox"/> None (Nada)
			<input type="checkbox"/> Sponge (Esponja)