



ENDOCRINOLOGY HEALTH HISTORY

(HISTORIA DE SALUD DE ENDOCRINOLOGÍA)

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): _____

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?)

Last tetanus shot (Última vacuna contra el tétano): _____ **Please share records with:** (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.

Alcohol Use (Uso de Alcohol): ☐ Yes (Sí) ☐ No

Alcohol Drinks per week (Alcohol/Semana):

Sexually Active (Sexualmente Activo) ☐ Yes (Sí) ☐ No

Partner (Pareja):

Female (Mujer) ☐ Male (Hombre) ☐

Drug Use (Uso de Drogas): ☐ Yes (Sí) ☐ No

Type (Tipo):

Use/Week (Uso/Semana):

Comment (Comentario):

Birth Control: (Anticonceptivo)

Abstinence (abstinencia)

Coitus Interruptus (Coito Interrumpido)

Condom (Condón)

Post-menopausal (Post menopausia)

Diaphragm (Diafragma)

Implant (Implante)

Injection (Inyección)

Inserts (Insertos)

Rhythm (Ritmo)

IUD (IUD)

OCP (OCP)

Patch (Parche)

Spermicide (Espermicida)

Sponge (Esponja)

Surgical (Cirugía)

Vasectomy (Vasectomía)

Other (Otro)

None (Ninguno)

YOUR MEDICAL HISTORY (SU HISTORIAL MÉDICO)

Diagnosis (Diagnóstico)	Yes (Sí)	No	Diagnosis (Diagnóstico)	Yes (Sí)	No	Diagnosis (Diagnóstico)	Yes (Sí)	No
Acromegaly (Acromegalia)			Addison's disease (La enfermedad de Addison)			Asthma (Asma – enfermedad pulmonar crónica)		
Cushing syndrome (síndrome de Cushing)			Diabetes (Diabetes)			Depression (Depresión)		
Goiter (Goiter)			Graves disease (La enfermedad de Graves)			Growth hormone deficiency (Deficiencia de la hormona del crecimiento)		
Gynecomastia (Ginecomastia)			Hashimoto's thyroiditis (Enfermedad de Hashimoto)			Hirsutism (Hirsutismo)		
Hypertension –high blood pressure (Alta presión arterial)			Hyperthyroidism (Hipertiroidismo)			Hypothyroidism (Hipotiroidismo)		
Hypopituitarism (Hipopituitarismo)			Iatrogenic Hypothy (Iatrogenic Hypothy)			Kidney stones (Cálculos renales)		
MEN - multiple endocrine neoplasia (Neoplasia endocrina multiple - NEM)			Osteopenia (Osteopenia)			Osteoporosis (La osteoporosis)		
Polycystic ovary syndrome (Síndrome de Ovario poliquístico)			Post-surgical hypothy (Hipótesis postquirúrgica)			Pregnancy w/thyroid dysfunction (Embarazo con disfunción tiroidea)		
Testosterone deficiency (Deficiencia de testosterona)			Thyroid Cancer (Cáncer de tiroides)			Thyroid nodule (Nódulo tiroideo)		
Vitamin D Deficiency (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
Adrenal Surgery (Cirugía suprarrenal)			Pituitary surgery (Cirugía pituitaria)			Gastric restriction surgery (Cirugía de restricción gástrica)		
Parathyroid surgery (Cirugía paratiroidea)			Thyroid surgery (Cirugía de tiroides)			Cholecystectomy (Colecistectomía)		
Tonsillectomy (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/Tiroides 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)
☐ Adopted (Adoptado/a)	☐ Family history unknown (Antecedentes familiares desconocidos)																			
Mother (Madre)																				
Father (Padre)																				
Sister 1 (Hermana)																				
Sister 2 (Hermana)																				
Sister 3 (Hermana)																				
Brother 1 (Hermano)																				

08.0886

05042023

FAMILY HISTORY (ANTECEDENTES FAMILIARES) cont.																				
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/Tiroides 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)
Brother 2 (Hermano)																				
Brother 3 (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):																				
Additional Details (Detalles):																				
Reviewed by: _____ Date: _____																				