



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

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

### CURRENT MEDICAL SYMPTOMS (SÍNTOMAS MÉDICOS ACTUALES)

Diagnosis (Diagnóstico)	Yes (Sí)	No	Diagnosis (Diagnóstico)	Yes (Sí)	No	Diagnosis (Diagnóstico)	Yes (Sí)	No
<b>Fever</b> (Fiebre)			<b>Chest pain</b> (Dolor de pecho)			<b>Ringing or noises in ear</b> (Zumbido o ruidos en el oído)		
<b>Weight loss</b> (Pérdida de peso)			<b>Muscle or joint pain</b> (Dolor muscular o de las articulaciones)			<b>Nasal Congestion</b> (Congestión nasal)		
<b>Vision</b> (Visión)			<b>Urination</b> (Micción)			<b>Facial Pain</b> (Dolor facial)		
<b>Breathing</b> (Respiración)			<b>Rash or itching</b> (Erupción cutánea o picazón)			<b>Hoarseness</b> (Ronquera)		
<b>Swallowing or heartburn</b> (Tragar o acidez estomacal)			<b>Abnormal bruising or itching</b> (Contusión o picazón anormal)			<b>Throat pain</b> (Dolor de garganta)		
<b>Hearing Loss</b> (Pérdida de la audición)			<b>Other</b> (Otros síntomas médicos actuales)					

### MEDICATIONS (MEDICAMENTOS)

**Are you allergic to any medications?** (¿Es usted alérgico a algún medicamento?)
  **Yes** (Sí)
  **No**

**If yes, please list:**  
 (En caso afirmativo, por favor indique:) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Current height** (Altura actual): \_\_\_\_\_
 **Current weight** (Peso actual): \_\_\_\_\_

**Preferred Pharmacy** (Farmacia Preferida): \_\_\_\_\_

**Pharmacy address & phone #** (Preferida – dirección y número de teléfono): \_\_\_\_\_

**List ALL medications you currently take – prescribed & non-prescribed.** (Enumere todos los medicamentos que toma actualmente - prescritos y no prescritos)

1. _____	4. _____
2. _____	5. _____
3. _____	6. _____

### MEDICAL HISTORY (HISTORIAL MÉDICO)

Diagnosis (Diagnóstico)	Yes (Sí)	No	Diagnosis (Diagnóstico)	Yes (Sí)	No	Diagnosis (Diagnóstico)	Yes (Sí)	No
<b>Heart Disease</b> (enfermedad del corazón)			<b>Liver disease</b> (La enfermedad del hígado)			<b>Sinus disease</b> (Enfermedad de los senos paranasales)		
<b>Hypertension</b> –high blood pressure (Alta presión arterial)			<b>COPD</b> (EPOC – enfermedad pulmonar crónica)			<b>Nasal Allergies</b> (Alergias nasales)		
<b>Hyperlipidemia</b> - High Cholesterol (Hiperlipidemia)			<b>Asthma</b> (Asma)			<b>Hearing loss</b> (Pérdida auditiva/oir)		
<b>Stroke</b> (Derrame cerebral)			<b>Thyroid disease</b> (Enfermedad de la tiroides)			<b>Arthritis</b> (Artritis)		
<b>Seizures</b> (Convulsiones)			<b>Cancer</b> (please specify _____ ) (Cáncer – tipo _____ )			<b>Depression</b> (Depresión)		
<b>Diabetes mellitus</b> (Diabetes mellitus)			<b>GERD</b> (Acid Reflux) (Reflujo de acidez Gástrica)			<b>Anxiety</b> (Ansiedad)		
<b>Sleep apnea</b> (Apnea del sueño)			<b>Bleeding problems</b> (Problemas de sangrado)			<b>HIV/AIDS</b> (VIH/SIDA)		
<b>Kidney disease</b> (Enfermedad del riñón)			<b>Headaches</b> (Dolores de cabeza)			<b>Tuberculosis</b> (Tuberculosis)		

**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
Eye surgery (Cirugía del ojo)			Rhinoplasty (Rinoplastia)			Laryngeal surgery (Cirugía de laringe)		
Ear tubes (Tubos en los oídos)			Sinus surgery (Cirugía de los senos paranasales)			Thyroid surgery (Cirugía de la tiroides)		
Other ear surgery (please specify below) (Otra cirugía del oído - indicar el tipo abajo)			Tonsillectomy (Amigdalectomía)			Parathyroid surgery (Cirugía paratiroidea)		
Septoplasty (Septoplastia)			Adenoidectomy (Adenoidectomía)			Neck surgery (Cirugía del cuello)		

Other surgical history (Otro historial de cirugía):

## FAMILY HISTORY (ANTECEDENTES FAMILIARES)

Please list any medical problems that occur in your family (Por favor escriba cualquier problema médico que ocurren en su familia):

Relationship to Patient ex. Mother, Father, etc - (Relación)	Medical Problem (problema médico):

## 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:** \_\_\_\_\_ **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)

**Alcohol/Week** (Alcohol/Semana):

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

<b>Use/Week:</b> _____ (Uso/Semana)	<b>Types:</b> (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 _____				