

## GENERAL SURGERY HEALTH HISTORY (HISTORIA DE SALUD DE CIRUGÍA GENERAL)

<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 Doctor/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>Breast cancer</b> (Cáncer de mama)			<b>Breast mass</b> (Masa en la mama)			<b>Fibrocystic breast</b> (Mastopatía fibroquística)		
<b>Thyroid nodule</b> (Nódulo tiroideo)			<b>GI bleeding</b> (Hemorragia gastrointestinal)			<b>Diverticulitis</b> (Diverticulitis)		
<b>Colon cancer</b> (Cáncer del colon)			<b>Rectal bleeding</b> (Sangrado rectal)			<b>Colon polyps</b> (Pólipos del colon)		
<b>Chronic constipation</b> (Estreñimiento crónico)			<b>Anal fissure</b> (Fisura anal)			<b>Hemorrhoids</b> (Hemorroides)		
<b>Irritable bowel syndrome (IBS)</b> (Síndrome de intestino irritable)			<b>Inflammatory Bowel Disease (IBD)</b> (Enfermedad inflamatoria del intestino)			<b>Food Allergy/Intolerance</b> (Alergia a los alimentos/Intolerancia)		
<b>Reflux/Gerd</b> (Reflujo)			<b>Pancreatitis</b> (Pancreatitis)			<b>Wound infection</b> (Infección de la herida)		

**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>Brain surgery</b> (Cirugía cerebral)			<b>Cholecystectomy</b> (Colecistectomía)			<b>Cosmetic surgery</b> (Cirugía estética)		
<b>Heart valve replacement</b> (Reemplazo de válvula del corazón)			<b>Hemorrhoids</b> (Hemorroides)			<b>Hernia repair</b> (Reparación de hernia)		
<b>CABG – Coronary artery bypass grafting</b> (Cirugía de revascularización coronaria)			<b>Colon surgery</b> (Cirugía del colon)			<b>Small intestine surgery</b> (Cirugía de intestino delgado)		
<b>Fracture surgery</b> (Cirugía de fractura)			<b>Colonoscopy</b> (Colonoscopia)			<b>Appendectomy</b> (Apendectomía)		
<b>Low back surgery</b> (Cirugía de la espalda)			<b>Anal Surgery</b> (Cirugía Anal)			<b>Reflux Surgery</b> (Reflujo)		
<b>Joint replacement</b> (Reemplazo articular)			<b>Prostate Surgery (Male Only)</b> (Cirugía de Próstata – Hombres)			<b>Tubal ligation (Female only)</b> (Ligadura de trompas – Sólo Mujeres)		
<b>Oophorectomy (Female only)</b> (Ooforectomía)			<b>Breast surgery (Female only)</b> (La cirugía de mama)			<b>Hysterectomy (Female only)</b> (Histerectomía – Sólo Mujeres)		

**Other surgical history (Otro historial de cirugía):**

### FAMILY HISTORY (ANTECEDENTES FAMILIARES)

Relationship (Relación)	Alcohol/Drug (Alcohol/Drogas)	Cancer (Cáncer)	Early death (Muerte Temprana)	Heart Disease (Enfermedad del Corazón)	Stroke (Derrame cerebral)	Smoker (Fumador)
<b>Mother (Madre)</b>						
<b>Father (Padre)</b>						
<b>Sister (Hermana)</b>						
<b>Brother (Hermano)</b>						

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

<p><b>Drinks/Week:</b> _____ <b>glasses of wine</b> (copas de vino)                  (Bebidas/Semana) _____ <b>cans of beer</b> (latas/botes de cerveza)                  _____ <b>shots of liquor</b> (tragos de licor)                  _____ <b>drinks containing 0.5 oz of alcohol</b> (bebidas con un contenido de 0.5 onzas de alcohol)</p>	<p><b>Alcohol/Week</b> (Alcohol/Semana): _____</p>
---	--

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

<p><b>Use/Week:</b> _____                  (Uso/Semana)</p>	<p><b>Types:</b> (Tipo)</p>	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <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> </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> </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> </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> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Solvent inhalants</td> <td><input type="checkbox"/> Other _____</td> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> LSD</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Methylphenidate</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Psilocybin</td> </tr> </table>	<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"/> Hashish	<input type="checkbox"/> Heroin	<input type="checkbox"/> Hydrocodone	<input type="checkbox"/> Hydromorphone	<input type="checkbox"/> Ketamine	<input type="checkbox"/> Marijuana	<input type="checkbox"/> MDMA (Ecstasy)	<input type="checkbox"/> Mescaline	<input type="checkbox"/> Methamphetamines	<input type="checkbox"/> Methaqualone	<input type="checkbox"/> Morphine	<input type="checkbox"/> Nitrous oxide	<input type="checkbox"/> Opium	<input type="checkbox"/> Oxycodone	<input type="checkbox"/> PCP	<input type="checkbox"/> Solvent inhalants	<input type="checkbox"/> Other _____			<input type="checkbox"/> LSD					<input type="checkbox"/> Methylphenidate					<input type="checkbox"/> Psilocybin
<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"/> Hashish	<input type="checkbox"/> Heroin	<input type="checkbox"/> Hydrocodone	<input type="checkbox"/> Hydromorphone	<input type="checkbox"/> Ketamine																																						
<input type="checkbox"/> Marijuana	<input type="checkbox"/> MDMA (Ecstasy)	<input type="checkbox"/> Mescaline	<input type="checkbox"/> Methamphetamines	<input type="checkbox"/> Methaqualone																																						
<input type="checkbox"/> Morphine	<input type="checkbox"/> Nitrous oxide	<input type="checkbox"/> Opium	<input type="checkbox"/> Oxycodone	<input type="checkbox"/> PCP																																						
<input type="checkbox"/> Solvent inhalants	<input type="checkbox"/> Other _____			<input type="checkbox"/> LSD																																						
				<input type="checkbox"/> Methylphenidate																																						
				<input type="checkbox"/> Psilocybin																																						