

**ADULT HEALTH HISTORY / HISTORIAL DE SALUD PARA ADULTOS**

NAME / NOMBRE	AGE / EDAD	D.O.B. / FECHA DE NACIMIENTO ____/____/____	Today's Date / Fecha de hoy ____/____/____
---------------	------------	--	---

**HISTORY OF PAST ILLNESS Have you had? / ENFERMEDADES PASADAS: (¿Ha tenido?)**

Measles/Sarampión.....	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes/Sí	Date of Tetanus Shot Fecha de su última vacuna del Tétano	Rheumatic Fever/Fiebre Reumática.....	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes/Sí
Mumps/Paperas.....	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes/Sí		Heart Disease/Enfermedad del Corazón.	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes/Sí
Chickenpox/Viruela.....	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes/Sí		Tuberculosis.....	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes/Sí
Diabetes .....	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes/Sí		Sexual Transmitted Disease / Enfermedades Transmitidas Sexualmente	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes/Sí
Strokes/Embolio.....	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes/Sí		Serious disease/Enfermedad Grave	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes/Sí
Ever Hospitalized/¿Ha sido hospitalizado?.	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes/Sí	Explain / Explique	_____	
Ever had surgery/¿Ha tenido operaciones?.	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes/Sí	Explain / Explique	_____	
Had broken bones/¿Ha tenido fracturas de huesos?.	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes/Sí	Explain / Explique	_____	
Head concussions or injuries / ¿Golpes o Heridas de cabeza?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes/Sí	Explain / Explique	_____	

**Allergies or reactions to food or medication/alergias o reacciones a alimentos o medicinas** \_\_\_\_\_

**FAMILY HISTORY / HISTORIA FAMILIAR:**

Has anyone in your family ever had ? / ¿Ha tenido alguien en su familia lo siguiente?

	Who / ¿Quién?	Type:/ Tipo:
Cancer/ Cáncer.....	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes/Sí	_____
Diabetes .....	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes/Sí	_____
Tuberculosis .....	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes/Sí	_____
Heart trouble/Problema del corazón.....	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes/Sí	_____
High blood pressure/Alta presión sanguínea.....	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes/Sí	_____
Stroke/Embolio.....	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes/Sí	_____
Convulsions/Convulsiones.....	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes/Sí	_____
Suicide/Suicidio.....	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes/Sí	_____

**SOCIAL HISTORY / HISTORIA SOCIAL:**

Single/Soltero(a)  Married/Casado(a)  Separated/Separado(a)  Divorced/Divorciado(a)  Widowed/Viudo(a)

Alcoholic Beverages/Bebidas Alcohólicas.....  Never/Nunca  Occasional/Ocasionalmente How Much/¿Cuánto? \_\_\_\_\_

Tobacco or Cigarettes/Tabaco o Cigarillos.....  Never/Nunca How Much/¿Cuánto? \_\_\_\_\_

Are you sexually active? / ¿Es usted sexualmente activo(a)?.....  Yes/Sí  No

Occupation/Ocupación \_\_\_\_\_

Education Level/Nivel de Educación \_\_\_\_\_

Ethnicity/Race/Nacionalidad/Raza  American Indian / Indio Americano  Asian / Asiático  Pacific Islander / De las Islas Pacificas

Black / Afro Americano  Hispanic / Hispano  White / Anglo Sajón  Other / Otro

**SYSTEMIC REVIEW GENERAL / REVISIÓN DE SISTEMAS GENERAL :**

Weight change in the past year?/¿Cambio en su peso en el último año?

How many pounds?/¿Cuántas Libras?.....  Gained / Aumentó  Lost / Perdió

Have you been in good general health most of your life?/¿Ha tenido buena salud la mayor parte de su vida?  No  Yes/Sí

**HAVE YOU EVER HAD PROBLEMS WITH? / ¿ALGUNA VEZ HA TENIDO PROBLEMAS CON**

Explain/Explique

Skin/Piel.....	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes/Sí	_____
Head-Eyes-Ears-Nose-Throat/Cabeza-Ojos-Oidos-Nariz-Garganta.....	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes/Sí	_____
Neck/Cuello.....	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes/Sí	_____
Lungs/Pulmones.....	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes/Sí	_____
Heart and Circulation/ Corazón y Circulación.....	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes/Sí	_____
Blood/Sangre.....	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes/Sí	_____
Emotions/Emociones.....	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes/Sí	_____
Nerves/Nervios.....	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes/Sí	_____
Muscles and bones/Músculos y Huesos.....	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes/Sí	_____
Sex Organs/ Órganos Sexuales.....	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes/Sí	_____
Urinary/Urinarios.....	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes/Sí	_____
Any other/Cualquiera otro.....	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes/Sí	_____

NAME / NOMBRE: \_\_\_\_\_

DOB / FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

CHART: \_\_\_\_\_

PATIENT SIGNATURE / FIRMA DEL PACIENTE \_\_\_\_\_

PROVIDER SIGNATURE \_\_\_\_\_

DATE/FECHA: \_\_\_\_\_