

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/Urinaris.....	<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: _____

PATIENT SIGNATURE / FIRMA DEL PACIENTE _____
PROVIDER SIGNATURE _____

CHART: _____

DATE/FECHA: _____