



Provider Signature

Patient Label

Patient History

Patient Name:

Date of Birth:

ALLERGIES:

MEDICATIONS: (PLEASE INCLUDE OVER THE COUNTER MEDICATIONS AND NUTRITIONAL SUPPLEMENTS.):

PATIENT MEDICAL HISTORY (PLEASE CHECK AND SPECIFY CONDITION.):

<input type="checkbox"/> ADD/ADHD:	<input type="checkbox"/> Chronic Pain:	<input type="checkbox"/> Headaches:	<input type="checkbox"/> Renal Disorders:
<input type="checkbox"/> Anxiety:	<input type="checkbox"/> COPD:	<input type="checkbox"/> Heart Disease:	<input type="checkbox"/> Seizures:
<input type="checkbox"/> Arthritis:	<input type="checkbox"/> Coronary Artery Disease:	<input type="checkbox"/> Hypertension:	<input type="checkbox"/> Stroke:
<input type="checkbox"/> Asthma:	<input type="checkbox"/> Diabetes Mellitus:	<input type="checkbox"/> Immune Deficiency:	<input type="checkbox"/> Thyroid Disease:
<input type="checkbox"/> Blood Transfusion:	<input type="checkbox"/> Drug Addiction History:	<input type="checkbox"/> Irritable Bowel Syndrome:	
<input type="checkbox"/> Cancer:	<input type="checkbox"/> DVT:	<input type="checkbox"/> Kidney Disease:	
<input type="checkbox"/> CHF:	<input type="checkbox"/> GERD:	<input type="checkbox"/> Migraine:	
<input type="checkbox"/> Other:			

SURGERIES (PLEASE BE A SPECIFIC AS POSSIBLE.):

<input type="checkbox"/> Abdomen Surgery:	<input type="checkbox"/> Colon Surgery:	<input type="checkbox"/> Heart Surgery:	<input type="checkbox"/> Mastectomy:
<input type="checkbox"/> Appendectomy	<input type="checkbox"/> Cosmetic Surgery:	<input type="checkbox"/> Hernia Repair:	<input type="checkbox"/> Skin Biopsy:
<input type="checkbox"/> Back Surgery:	<input type="checkbox"/> Eye Surgery:	<input type="checkbox"/> Hysterectomy:	<input type="checkbox"/> Tubal Ligation:
<input type="checkbox"/> Brain Surgery:	<input type="checkbox"/> Fracture Surgery:	<input type="checkbox"/> Joint Replacement:	<input type="checkbox"/> Vascular Surgery:
<input type="checkbox"/> Cholecystectomy:	<input type="checkbox"/> Gastrectomy:	<input type="checkbox"/> Kidney Transplant:	<input type="checkbox"/> Vasectomy:
<input type="checkbox"/> Other:			

FAMILY HISTORY (DO ANY OF THE ABOVE MEDICAL CONDITIONS RUN IN YOUR FAMILY?):

Which ones? _____

SOCIAL HISTORY (CHECK THE MOST ACCURATE CHOICE):

Race:	<input type="checkbox"/> Decline to Answer	<input type="checkbox"/> American Indian or Alaskan Native	<input type="checkbox"/> Asian	<input type="checkbox"/> Black or African American	
	<input type="checkbox"/> Hispanic/Latino	<input type="checkbox"/> Native Hawaiian or other Pacific Island	<input type="checkbox"/> White	<input type="checkbox"/> More than one race	
Ethnicity:	<input type="checkbox"/> Decline to Answer	<input type="checkbox"/> Hispanic or Latino	<input type="checkbox"/> Non Hispanic or Latino		
Occupation:					
Marital Status:	<input type="checkbox"/> Single	<input type="checkbox"/> Married	<input type="checkbox"/> Divorced	<input type="checkbox"/> Separated	<input type="checkbox"/> Widowed
Tobacco Use:	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes	If yes: Chew <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes Smoke <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes – Packs per day:		
Alcohol Use:	<input type="checkbox"/> Never		<input type="checkbox"/> Rarely	<input type="checkbox"/> Weekly	<input type="checkbox"/> Daily – Drinks per day:
Drug Use:	<input type="checkbox"/> Marijuana	Other Drugs (specify):			

Signature: _____ Relationship to Patient: _____ Date: _____



Provider Signature

Patient Label

Historia Médica del Paciente

Nombre del Paciente:

Fecha de nacimiento:

ALERGIAS

MEDICAMENTOS: (POR FAVOR INCLUYA MEDICAMENTOS DE VENTA LIBRE Y SUPLEMENTOS NUTRICIONALES):

HISTORIA MÉDICA DEL PACIENTE (POR FAVOR COLOQUE UNA PALOMITA Y ESPECIFIQUE SU AFECCIÓN):

<input type="checkbox"/> Síndrome del Déficit de Atención/Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad (ADD/ADHD, por sus siglas en inglés)			
<input type="checkbox"/> Ansiedad:	<input type="checkbox"/> Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica:	<input type="checkbox"/> Enfermedad Cardíaca:	<input type="checkbox"/> Convulsiones:
<input type="checkbox"/> Artritis:	<input type="checkbox"/> Arteriopatía Coronaria:	<input type="checkbox"/> Hipertensión:	<input type="checkbox"/> Derrame Cerebral:
<input type="checkbox"/> Asma:	<input type="checkbox"/> Diabetes Mellitus:	<input type="checkbox"/> Inmunodeficiencia:	<input type="checkbox"/> Enfermedad de Tiroides:
<input type="checkbox"/> Transfusión de Sangre:	<input type="checkbox"/> Antecedentes de Drogadicción:	<input type="checkbox"/> Síndrome del Intestino Irritable:	<input type="checkbox"/> Otro:
<input type="checkbox"/> Cáncer:	<input type="checkbox"/> Trombosis Venosa Profunda	<input type="checkbox"/> Enfermedad Renal:	
<input type="checkbox"/> Insuficiencia Cardíaca Congestiva:	<input type="checkbox"/> Enfermedad de Reflujo Gastroesofágico	<input type="checkbox"/> Migrañas:	
<input type="checkbox"/> Dolor Crónico:	<input type="checkbox"/> Dolores de cabeza:	<input type="checkbox"/> Trastornos Renales:	

CIRUGÍAS: (POR FAVOR SEA LO MÁS ESPECÍFICO POSIBLE):

<input type="checkbox"/> Cirugía abdominal:	<input type="checkbox"/> Cirugía del colon:	<input type="checkbox"/> Cirugía cardíaca:	<input type="checkbox"/> Mastectomía:
<input type="checkbox"/> Apendicectomía	<input type="checkbox"/> Cirugía cosmética:	<input type="checkbox"/> Reparación de una hernia:	<input type="checkbox"/> Biopsia de piel
<input type="checkbox"/> Cirugía de Espalda:	<input type="checkbox"/> Cirugía de Ojos:	<input type="checkbox"/> Histerectomía	<input type="checkbox"/> Ligadura de Trompas:
<input type="checkbox"/> Cirugía Cerebral:	<input type="checkbox"/> Cirugía para una fractura:	<input type="checkbox"/> Reemplazo de Articulación:	<input type="checkbox"/> Cirugía Vasculat:
<input type="checkbox"/> Colectomía	<input type="checkbox"/> Gastrectomía:	<input type="checkbox"/> Trasplante Renal:	<input type="checkbox"/> Vasectomía:
<input type="checkbox"/> Otro:			

HISTORIA MÉDICA DE SU FAMILIA (¿HAY ANTECEDENTES DE ALGUNA DE LAS AFECCIONES MENCIONADAS ANTERIORMENTE EN SU FAMILIA?):

¿Cuáles? _____

HISTORIA SOCIAL (PONGA UNA PALOMITA AL LADO DE LA OPCIÓN MÁS PRECISA):

Raza:	<input type="checkbox"/> Me Niego a Responder	<input type="checkbox"/> Americano Nativo o Nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Negro o Afroamericano	
	<input type="checkbox"/> Hispano/Latino	<input type="checkbox"/> Nativo de Hawai u otra isla del Pacífico	<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Más de una raza	
Etnicidad:	<input type="checkbox"/> Me Niego a Responder	<input type="checkbox"/> Hispano o Latino	<input type="checkbox"/> No Hispano ni Latino		
Ocupación:	_____				
Estado Civil:	<input type="checkbox"/> Soltero(a)	<input type="checkbox"/> Casado(a)	<input type="checkbox"/> Divorciado(a)	<input type="checkbox"/> Separado(a)	<input type="checkbox"/> Viudo(a)
Uso de Tabaco:	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	Si contesto que sí: Mascar <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Fumar <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí – Cajetillas al día:		
Consumo de Alcohol:	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> Semanalmente	<input type="checkbox"/> Diariamente – Bebidas al día:	
Consumo de Drogas:	<input type="checkbox"/> Marihuana	Otras drogas (especifique): _____			

Firma: _____ Parentesco con el Paciente: _____ Fecha: _____