

PATIENT MEDICAL HISTORY (Historia Medical De El/La Paciente)

Please mark Yes/No as Y/N

1. Reason for this visit (Razon por la visita): _____

Do you have any of the following illness? (¿Tiene alguna de las siguientes enfermedades?)

___ Anesthesia reaction (Reaccion a la anestesia) ___ High blood pressure (Alta presion de la sangre)

___ Arthritis (Artritis) ___ Otosclerosis (Otoscleorosis)

___ Asthma (Asma) ___ Snoring or apnea (Roncamiento o afixia)

___ Bleeding disorder (Desorden de la sangre) ___ Thyroid problem (Problemas de la tiroide)

___ Blood transfusion (Transfucion de sangre) ___ Tuberculosis (Tuberculosis)

___ Cancer (Cancer) ___ Venereal disease (Enfermedades venereas)

___ Depression (Depresion) ___ Heart disease (Enfermedades del Corazón)

___ Diabetes (Diabetis) ___ Other unlisted illness (Otras enfermedades no apuntadas):

___ Epilepsy (Epilepsia) _____

2. What medications are you on currently (please give dose and frequency, and include all over-the-counter medications, vitamins, nonprescription drugs)? (¿Que medicamentos está usted usando (por favor diga cuanto toma y con que frecuencia, e incluya todos los medicamentos, vitaminas, y las que no sean recetadas?)

3. Please list all your allergies (Por favor liste todas sus alergias):

Medication allergy (Alergia de medicina): _____

Food allergy (Alergia de comida): _____

Environmental allergy (Alergia del medio ambiente): _____

Other allergy (Alguna otra alergia): _____

4. Please list all your previous operations and approximate year (Por favor lista todas las operaciones previas que ha tenido y aproximadamente el año):

5. Do you smoke? (¿Fuma?) Yes (Sí)/No (No) _____ How much per day? (¿Cuanto por día?) _____
For how long? (¿Por cuanto tiempo?) _____

Do you drink alcohol? (¿Toma bebidas alcolicas?) Yes (Sí)/No (No) _____
How much per day? (¿Cuanto por día?) _____ For how long? (¿Por cuanto tiempo?) _____

Do you do recreational drugs? (¿Toma drogas?) Yes (Sí)/ No (No) _____
What kind of drug? (¿Que tipo de droga(s)?) _____

Do you have HIV risks? (¿Tiene riesgos de contraer HIV?) Yes (Sí) No (No) Uncertain (No estoy seguro/a) _____

6. Do you have any family members with the following illness? (¿Tiene algún familiar con una de éstas enfermedades?)

___ Anesthesia reaction (Reacción a al anestesia) ___ Hearing disorder (Desorden al oir) ___ Cancer (Sangre)

___ Blood disorders (Desorden en la sangre) ___ Stroke (Parocardiaco) ___ Diabetes (Diabetis)

___ Heart disease (Enfermadades del corazón) Other (Otro/a): _____

7. Do you have any problems with the following systems (please specify condition(s) if Yes) (Tiene algún problema con los siguientes sistemas (por favor especificar condicion(es) si escoge "Sí"):

Weight gain/loss (Ganar/perder peso) No (No)/Yes (Sí) _____ Amount (Cantidad): _____

Fever/chill (Fiebre/escalofrios) No (No) Yes (Sí) _____

Eyes (Ojos) No (No) Yes (Sí) _____

Heart (Corazón) No (No) Yes (Sí) _____

Lungs (Pulmones) No (No) Yes (Sí) _____

Stomach/Intestine/Bowel (Estomago/Intestino) No (No) Yes (Sí) _____

Prostate & Male organ (Prostata y Organo Masculino) No (No) Yes (Sí) _____

Ovaries & Female organ (Ovarios y Organo Femenino) No (No) Yes (Sí) _____

Muscle and bone (Musculo y hueso) No (No) Yes (Sí) _____

Skin (Piel) No (No) Yes (Sí) _____

Nerves and brain (Nervios y cerebro) No (No) Yes (Sí) _____

Psychiatric/Mental illness (Siquiatra/Enfermedades Mentales) No (No) Yes (Sí) _____

Thyroid and other glands (Tiroide y otras glandulas) No (No) Yes (Sí) _____

Blood and lymph systems (Sistema de al sangre) No (No) Yes (Sí) _____