



Fecha / Date: _____

MRN: _____
(Office Use Only)

Nombre: _____
Name

Fecha de nacimiento: _____
DOB

Proveedor de atención primaria: _____
Primary Care Provider

Médico referente _____
Referring Doctor

MOTIVO DE LA VISITA DE HOY / REASON FOR TODAY'S VISIT:

ALERGIAS Indique todas las alergias y reacciones conocidas / **ALLERGIES** List all known allergies and reactions:

MEDICAMENTOS / MEDICATIONS

Enumere todos los medicamentos que toma actualmente, ya sean de venta libre o de venta con receta (EJEMPLO: ASPIRINA, HIERBAS MEDICINALES, VITAMINAS) / List all current medications, prescription and nonprescription (EXAMPLE: ASPRIN, HERBALS, VITAMINS):

Medicamento / Medication	Dosis / Dose	Frecuencia / Frequency	Fecha de inicio / Start Date



Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____
 Name _____ DOB _____

GESTIÓN DE LA SALUD / HEALTH MANAGEMENT:

Indique cuándo se le aplicó por última vez cada una de las siguientes vacunas / Please indicate when you last had each of the following:

	Fecha		Fecha
Vacuna contra la neumonía / Pneumonia Shot		Vacuna contra la gripe / Flu Shot	

HISTORIAL CLÍNICO (Marque todas las opciones que correspondan) / MEDICAL HISTORY (Check all that apply)

	SÍ YES	MES/AÑO MM/YYYY		SÍ YES	MES/AÑO MM/YYYY
Anemia / Anemia			Enfermedad renal Kidney Disease		
Ansiedad / Anxiety			Enfermedad hepática Liver Disease		
Asma / Asthma			Migrañas / Migraines		
Cualquier otra enfermedad pulmonar no mencionada Any other lung disease not mentioned			Coágulos de sangre/flebitis Phlebitis/blood clots		
Problemas de espalda Back Problems			Psiquiátrico / Psychiatric		
Cáncer de mama / Breast cancer			Artritis reumatoide Rheumatoid arthritis		
Insuficiencia cardíaca congestiva Congestive Heart Failure			Convulsiones / Seizures		
Enfermedad de la arteria coronaria Coronary Artery Disease			Enfermedad de transmisión sexual Enfermedad Sexually Transmitted Disease		
Depresión / Depression			Cáncer de piel / Skin cancer		
Diabetes / Diabetes			Apnea del sueño / Sleep Apnea		
Enfisema (EPOC) o bronquitis crónica Emphysema (COPD) or Chronic Bronchitis			Úlcera péptica o estomacal Stomach or Peptic Ulcer		
Glaucoma / Glaucoma			Accidente cerebrovascular / Stroke		
Dolores de cabeza / Headaches			Otro tipo de cáncer / Other cancer.		
Enfermedad cardíaca Heart Disease			Otros / Other:		
Colesterol alto / High Cholesterol			Otros / Other:		
Hipertensión (Presión arterial alta) / Hypertension (High Blood Pressure)			Otros / Other:		
Hipertiroidismo / Hyperthyroid			Otros / Other:		
Hipotiroidismo / Hypothyroid			Otros / Other:		



Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____
 Name DOB

HISTORIAL QUIRÚRGICO / SURGICAL HISTORY

Cirugía / Surgery	MES/AÑO / MM/YYYY	Cirugía / Surgery	MES/AÑO / MM/YYYY

HISTORIAL FAMILIAR / FAMILY HISTORY

Indique en los espacios provistos a continuación los miembros de la familia que tengan antecedentes de: diabetes, enfermedad cardíaca, cáncer, enfisema, enfermedad renal, asma, tendencias hemorrágicas, anemia, epilepsia, glaucoma, presión arterial alta, gota, artritis, úlcera, accidente cerebrovascular, crisis nerviosa y enfermedad de vesícula biliar. / Please indicate in the spaces below any family members with a history of: diabetes, heart disease, cancer, emphysema, kidney disease, asthma, bleeding tendencies, anemia, epilepsy, glaucoma, high blood pressure, gout, arthritis, ulcer, stroke, nervous breakdown, gall bladder disease.

Marque esta opción si no conoce los antecedentes familiares / Please Mark if Family History Unknown

Miembro de la familia / Family Member	Padre / Father	Madre / Mother	Abuelo paterno / Paternal Grandfather	Abuelo materno / Maternal Grandfather	Abuela paterna / Paternal Grandmother	Abuela materna / Maternal Grandmother	Hermanos / Siblings	Hijo(s) / Child(ren)
Edad si vive / Age if Living								
Edad en el momento de la muerte / Age at Time of Death								
Causa de muerte / Cause of Death								
Enfermedad de Alzheimer / Alzheimer's								
Cáncer / Cancer								
Diabetes / Diabetes								



Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____
 Name DOB

Ataque cardíaco / Heart Attack								
Presión arterial alta / High Blood Pressure								
Enfermedad de Huntington / Huntington's Disease								
Migraña Dolores de cabeza / Migraine Headaches								
Esclerosis múltiple / Multiple Sclerosis								
Enfermedad de Parkinson / Parkinson's Disease								
Convulsiones / Seizures								
Accidente cerebrovascular (ACV) / Stroke								
Otra enfermedad / Other Illness								

HISTORIAL PERSONAL / PERSONAL HISTORY:

Ocupación / Occupation: _____

Nivel de educación / Level of Education: _____

Estado civil / Marital Status: Soltero/a / Single Casado/a / Married Viudo/a / Widowed Separado/a / Separated Divorciado/a / Divorced

ANTECEDENTES SOCIALES / SOCIAL HISTORY

Sus hábitos personales: ¿Usted? / Your Personal Habits: Do you	SÍ YES	NO NO	Fecha en que dejó de hacerlo Date Quit	Si su respuesta es afirmativa, ¿qué cantidad?/¿con qué frecuencia? If Yes, how much/how often?
Fuma / Smoke				
Bebe alcohol / Drink Alcohol				
Utilizar drogas recreativas/intravenosas / Use recreational/Intravenous street drugs Si la respuesta es afirmativa, indique el nombre de la droga, qué cantidad consume y con qué frecuencia. / If Yes, Indicate Name of Drug, How Much and How Often				



Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____
 Name _____ DOB _____

REVISIÓN DEL SISTEMA / SYSTEM REVIEW

Instrucciones: Por favor, marque con un círculo las opciones siguientes que correspondan a su estado de salud RECIENTE. / Instructions: Please circle any of the following that apply to your RECENT health.

Constitución / Constitution

Fiebre / Fever
 Malestar/fatiga / Malaise/Fatigue
 Debilidad / Weakness
 Pérdida de peso / Weight Loss

Piel / Skin

Enrojecimiento excesivo / Excessive Redness
 Comezón / Itching
 Palidez / Paleness
 Sarpullido / Rash
 Piel amarillenta / Yellowed Skin

Condiciones hematológicas / Hematologic

Equimosis (se le hacen moretones fácilmente) / Ecchymosis (Bruise Easily)
 Sangrado excesivo / Excessive Bleeding

HENT (cabeza, oídos, nariz y garganta) / HENT

Dolores de cabeza / Headaches/Head Pain
 Pérdida de la audición / Hearing Loss
 Tinnitus (zumbido en los oídos) / Tinnitus (ringing in ears)

Ojos / Eyes

Visión borrosa / Blurred vision
 Visión doble / Double vision
 Fotofobia (sensibilidad a la luz) / Photophobia (light sensitivity)
 Pérdida de visión / Vision Loss

Condiciones cardiovasculares / Cardiovascular

Dolor de pecho / Chest pain
 Ataque cardíaco / Heart Attack
 Hinchazón en las piernas / Leg swelling
 Palpitaciones (latido rápido) / Palpitations (fast heart beat)

Trastornos respiratorios / Respiratory

Tos / Cough
 Dificultad para respirar / Shortness of breath
 Sibilancias / Wheezing

Gastrointestinal / Gastrointestinal

Dolor abdominal / Abdominal pain
 Constipación / Constipation
 Diarrea (crónica) / Diarrhea (Chronic)
 Melena (heces negras y pegajosas) / Melena (black sticky stool)
 Náuseas / Nausea
 Vómitos / Vomiting

Vómitos con sangre / Vomiting Blood

Genitourinario / Genitourinary

Disuria (dolor al orinar) / Dysuria (pain w/urination)
 Dolor en el flanco / Flank pain
 Frecuencia / Frequency
 Hematuria (sangre en la orina) / Hematuria (Blood in urine)
 Urgencia para orinar / Urgency
 Incontinencia urinaria (escape de orina) / Urinary Incontinence (Leakage of Urine)

Musculoesquelético / Musculoskeletal

Dolor de espalda / Back Pain
 Caídas / Falls
 Dolor en las articulaciones / Joint Pain
 Dolor en las piernas al caminar / Leg Pain when walking
 Calambres musculares Brazos/piernas / Muscle Cramps Arms/Legs
 Mialgias (dolores musculares) / Myalgia's (Muscle Pains)
 Dolor de cuello / Neck Pain

NEUROLÓGICO / Neurologic

Mareos / Dizziness
 Debilidad focal / Focal weakness
 Entumecimiento / Numbness
 Convulsiones / Seizures
 Cambios sensoriales / Sensory change
 Cambios en el habla / Speech change
 Síncope (desmayo) / Syncope (passing out)
 Hormigueo / Tingling
 Temblor / Tremor

Psiquiátrico / Psychiatric

Depresión / Depression
 Alucinaciones / Hallucinations
 Insomnio / Insomnia
 Pérdida de memoria / Memory loss
 Nerviosismo/ansiedad / Nervous/Anxious
 Ideas suicidas / Suicidal Ideas

He leído todo el contenido precedente y estoy de acuerdo en que todas las respuestas SIN MARCA NO son síntomas que correspondan a mi estado de salud reciente. / I have read all of the above and I agree that all UNMARKED responses are NOT symptoms that apply to my recent health.

Firma del paciente / Please Sign: _____ Fecha / Date: _____