

enfisema / <i>Lungs, Breathing/Emphysema</i>			
Asma o fiebre del heno / <i>Asthma or Hayfever</i>	Sí / Yes	No	
Problemas intestinales / <i>Bowel problems</i>	Sí / Yes	No	
Infecciones urinarias o de la vejiga / <i>Bladder/urinary infections</i>	Sí / Yes	No	
Diabetes (glucosa alta en sangre) / <i>Diabetes (high blood sugar)</i>	Sí / Yes	No	
Presión arterial alta / <i>High blood pressure</i>	Sí / Yes	No	
Problemas de sangrado o circulatorios / <i>Bleeding or Circulatory problems</i>	Sí / Yes	No	
Problemas de equilibrio / <i>Balance problems</i>	Sí / Yes	No	
Entumecimiento/hormigueo / <i>Numbness/tingling</i>	Sí / Yes	No	
Desmayo/desvanecimiento / <i>Blackout/fainting</i>	Sí / Yes	No	
Problemas psicológicos/depresión / <i>Psychological/Depression</i>	Sí / Yes	No	
SIDA / <i>AIDS</i>	Sí / Yes	No	
Cáncer / <i>Cancer</i>	Sí / Yes	No	
Hepatitis / <i>Hepatitis</i>	Sí / Yes	No	
Tuberculosis / <i>Tuberculosis (TB)</i>	Sí / Yes	No	
Problema neurológico/epilepsia / <i>Neurological/Epilepsy</i>	Sí / Yes	No	

Tipo / *Type*: _____
 Tipo de tratamiento / *Treatment Type*: _____
 Tipo: A B C _____

Firma del paciente / *Patient Signature*: _____ Fecha / *Date*: _____

Revisado por / *Reviewed By*: _____ MD / *MD* Fecha / *Date*: _____

Nombre / Name: _____ Fecha de hoy / Today's Date: _____

N.º Seg. Soc. / SSN: _____ Fecha de nacimiento/Edad / Date of Birth/Age: _____

Antecedentes médicos (continuación) / Medical History Continued:

Úlceras gástricas / <i>Stomach ulcers</i>	Sí / Yes	No	_____
Dificultad para tolerar alimentos grasos / <i>Difficulty tolerating fatty foods</i>	Sí / Yes	No	_____
Enfermedad hepática / <i>Liver Disease</i>	Sí / Yes	No	_____
Insuficiencia cardíaca congestiva o ataque cardíaco / <i>Congestive Heart Failure or Heart Attack</i>	Sí / Yes	No	Nombre y número de cardiólogo _____
Angina de pecho / <i>Angina</i>	Sí / Yes	No	Nombre del medicamento _____
Accidente cerebrovascular / <i>Stroke</i>	Sí / Yes	No	_____
Lumbalgia / <i>Low back pain</i>	Sí / Yes	No	¿Antecedentes de problemas de espalda? _____
Coágulos sanguíneos, flebitis / <i>Blood clots, Phlebitis</i>	Sí / Yes	No	_____
Enfermedad de la próstata / <i>Prostate Disease</i>	Sí / Yes	No	_____
Órganos femeninos/menstruales / <i>Female organs/menstrual</i>	Sí / Yes	No	_____
Infecciones crónicas / <i>Chronic Infections</i>	Sí / Yes	No	Lugar de la infección: _____
Artritis / <i>Arthritis</i>	Sí / Yes	No	¿Tiene reuma? _____
Gota / <i>Gout</i>	Sí / Yes	No	_____
Enfermedad de la tiroides / <i>Thyroid Disease</i>	Sí / Yes	No	_____
Piel: Erupciones cutáneas, infecciones, psoriasis / <i>Skin: Rashes, infections, psoriasis</i>	Sí / Yes	No	_____

ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS/DE HOSPITALIZACIONES / PAST SURGICAL/HOSPITALIZATION HISTORY:

(en el caso de cirugías ortopédicas, por favor, indique el nombre del cirujano y el año de la cirugía / For previous orthopaedic surgeries, please list surgeon's name and year of surgery)

Hospitalizaciones/cirugías / <i>Surgeries / Hospitalizations</i>	Año / <i>Year</i>	Complicaciones / <i>Complications</i>

¿Ha estado alguna vez bajo anestesia general? (estar dormido para someterlo a una operación) / *Have you ever had general anesthesia? (Being put to sleep for an operation)* Sí / Yes No

¿Ha tenido alguna vez problemas con la anestesia? / *Have you ever had problems with anesthesia?* Sí / Yes No

Describe / *Describe:* _____

ANTECEDENTES FAMILIARES

Familiar / <i>Member</i>	Vivo / <i>Alive</i>	Difunto / <i>Deceased</i>	Edad / <i>Age</i>	Estado de salud o causa de la muerte / <i>Health status or cause of death</i>
Padre / <i>Father</i>	V/A	D		
Madre / <i>Mother</i>	V/A	D		

Hermano/hermana / Sister/Brother	V/A	D
Hermano/hermana / Sister/Brother	V/A	D
Hermano/hermana / Sister/Brother	V/A	D

Firma del paciente / *Patient Signature*: _____ Fecha / *Date*: _____

Revisado por / *Reviewed By*: _____ MD / *MD* Fecha / *Date*: _____

Nombre / Name: _____ Fecha de hoy / Today's Date: _____

N.º Seg. Soc. / SSN: _____ Fecha de nacimiento/Edad / Date of Birth/Age: _____

ANTECEDENTES SOCIALES / SOCIAL HISTORY

- Trabajo en casa / Work in the home Empleado / Employed (ocupación / occupation _____)
- Estudiante / Student Jubilado(a) / Retired Soltero(a) / Single Casado(a) / Married Divorciado(a) / Divorced
- Separado(a) / Separated Viudo(a) / Widowed

¿Tiene hijos / Children? Sí / Yes No

¿Vive solo / Do you live alone? Sí / Yes No

Si la respuesta es "sí", ¿Tiene alguna persona que le ayude o algún familiar cerca / If yes, do you have help or family near by?

Sí / Yes No

¿Realiza ejercicios / Exercise? Diariamente / Daily Semanalmente / Weekly Mensualmente / Monthly

Rara vez / Rarely Nunca / Never

¿Qué tipo de ejercicios / What type of exercise? _____

¿Tiene antecedentes de abuso de sustancias / History of substance abuse? Sí / Yes No

¿Cuál / What? _____

¿Fuma actualmente? Sí / Yes No

Dejó de fumar / Quit smoking Este año / This year Hace más de 1 año / 1 year

Hace más de 5 años / 5 years Hace más de 10 años / 10 years

Fumé / Previously smoked _____ paquetes por día durante / packs per day for _____ años / years

¿Bebe alcohol / Drink alcohol? Diariamente / Daily 1-2 veces/por semana / 1-2 x/week

1-2 veces/por mes / 1-2 x/month 1-2 veces/por año / 1-2 x/year Nada / None

Por favor, utilice el siguiente espacio para hacer comentarios sobre cualquier problema de salud no indicado en nuestro formulario / Please use the space below to make comments regarding any health issues not covered by our form:

Firma del paciente / Patient Signature: _____ Fecha / Date: _____

Revisado por / Reviewed By: _____ MD / MD Fecha / Date: _____