

**PATIENT NAME/**

**NOMBRE DEL PACIENTE:** \_\_\_\_\_

**MEDICAL HISTORY – Circle all conditions that you have or have had in the past**  
**HISTORIA MEDICA – Rodee todas condiciones que usted tiene o ha tenido en el pasado**

<b>Anemia/</b> Anemia	<b>Gallbladder/</b> Visicula	<b>Menopuase/</b> Menopausia	<b>Anxiety/</b> Ansiedad	<b>Glaucoma/Cataract</b> Glaucoma/Cataratas
<b>Menstrual irregularities/</b> Irregularidades de mentraucion	<b>Arthritis/</b> Artritis	<b>Gout/</b> Gota	<b>Osteoporosis/</b> Osteoporosis	<b>Arteries Disease/</b> Problemas de Arterias
<b>Headaches/</b> Dolores de cabeza	<b>Pneumonia/</b> Pulmonia	<b>Asthama/</b> Asma	<b>Hearing Loss/</b> Pérdida Auditiva	<b>Prostate Disease/</b> Problemas de la Prostata
<b>Blood Clotting/</b> Coagulación de Sangre	<b>Heart Attack/</b> Infarto	<b>Rheumatic fever/</b> Fiebre Reumática	<b>Breast Disease/</b> Enfermedad de Seno	<b>Heart Murmur/</b> Soplo en el corazón
<b>Seasonal allergies/</b> Alergias Estacionales	<b>Bronchitis/</b> bronquitis	<b>Heart Palpitations/</b> Palpitaciones de corazón	<b>S.T.D/</b> Enfermedad de transmisión sexual	<b>Cancer/</b> Cancer
<b>Heartburn/</b> Acidez	<b>Sinusitis/</b> Sinisitis	<b>Chronic Rashes/</b> Erupciones Crónicas	<b>Hepatitis or Liver Disease/</b> Hepatitis	<b>Stomach Disoder/</b> Desorden de Estómago
<b>Depresión/</b> Depresion	<b>Cholesterol/</b> Colesterol	<b>Stroke/</b> Embolio	<b>Diabetes/</b> Diabetes	<b>Immunodeficiency Disease/</b>
<b>Thyroid Disease/</b> Enfermedad de tiroides	<b>Dizziness/Fainting</b> Mareo/desmayando	<b>Insomnia/</b> Insomnio	<b>Trauma/</b> Trauma	<b>Emphysema or COPD/</b> Enfisema
<b>Intestinal Disoder/</b> Disoder intestinal	<b>Ulcers/</b> Ulceras	<b>Frequent infections/</b> Infecciones frecuentes	<b>Veins – problems or disease/</b> Problemas de Venas	<b>High Blood Pressure/</b> Alta Precion

**SURGERY & HOSPITALIZATION HISTORY**  
**CIRUGIA Y HISTORIA DE HOSPITALIZACIONES**

<b>DATE/ FECHA</b>	<b>REASON/ RAZON</b>

**LIFE STYLE**  
**ESTILO DE VIDA**

	<b>TYPE/ CLASE</b>	<b>HOW MUCH/ CUANTO</b>	<b>HOW OFTEN/ CONQUE FRECUENCIA</b>	<b>WHEN STARTED/ CUANDO COMENZADO</b>	<b>WHEN STOPPED/ CUANDO PARO</b>
<b>ALCOHOL/</b> ALCOHOL					
<b>DRUGS/</b> DROGAS					
<b>EXERCISE/</b> EJERCICIO					
<b>NICOTINE/</b> NICOTINA					

**PATIENT NAME/**  
**NOMBRE DEL PACIENTE :** \_\_\_\_\_

**MEDICINE/VITAMINS/HERBALS TAKEN**  
**MEDICINAS/VITAMINAS QUE TOMA**

NAME/NOMBRE	MILLIGRAMS/MILIGRAMO	TIMES TAKEN PER DAY/Cuantas al dia

**MEDICINE ALLERGIES- LIST MEDICINES WITH ALLERGIC REACTIONS CAUSED**  
**ALERGIAS A MEDICAMENTO- LISTE LOS MEDICAMENTOS QUE CAUSEN ALERGIAS**

MEDICINE/MEDICINA	REACTIONS/ REACCIONES

**FAMILY HISTORY – CHECK BOXES THAT APPLY**  
**HISTORIA FAMILIAR – MARQUE LA CAJA QUE APLICA**

	MOTHER/ MADRE	FATHER/ PADRE	MOTHERS PARENTS/ ABUELOS MATERNOS	FATHERS PARENTS/ ABUELOS PATERNOS	SIBLINGS/ HERMANOS	YOUR CHILDRENA/ HIJOS
<b>CANCER/CANCER</b>						
<b>DEMENTIA/DEMENCIA</b>						
<b>DIABETES/DIABETES</b>						
<b>EPILEPSY/CONVULSIONES</b>						
<b>GLAUCOMA/GLAUCOMA</b>						
<b>HEART DISEASE/ PROBLEMAS DEL CORAZON</b>						
<b>HIGH BLOOD PRESSURE/ ALTA PRECION</b>						
<b>MENTAL ILLNESS/ PROBLEMAS MENTALES</b>						
<b>STROKE/EMBOLIO</b>						
<b>THYROID DISEASE/ ENFERMEDAD DE TIROIDES</b>						