

<b>Office Use Only:</b>	
Date _____	Date _____
Height: _____	Height: _____
Weight: _____	Weight: _____
BP: _____	BP: _____
BMI: _____	BMI: _____
Pregnant: Yes No N/A	Pregnant: Yes No N/A

# Medical History Form

**Office Use Only:** Physician Signature: I have reviewed the information on this form with the patient.

Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_ Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_ Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

**Patient Name:** \_\_\_\_\_ **Age:** \_\_\_\_\_  
(Nombre del paciente) (Edad)

*The information on this form is accurate and complete to the best of my knowledge  
(La información en este formulario es exacta y completa a lo mejor de mi entendimiento)*

**Patient Signature (Firma del paciente)** \_\_\_\_\_  
**Date (Fecha)** \_\_\_\_\_

**What is the reason for your visit today?** \_\_\_\_\_  
(¿Cuál es el motivo de su visita?) \_\_\_\_\_ **Date (Fecha)** \_\_\_\_\_

**Please list all physicians that you would like to keep informed about your progress:**  
(Liste todos los médicos que debemos de mantener informados de su progreso:)

<b>Referring Physician:</b> (Médico referido:)	<b>No</b> (No)	<b>Yes</b> (Sí)	<b>Name:</b> _____ (Nombre:)
<b>Requesting Physician:</b> (Médico solicitante:)	<b>No</b> (No)	<b>Yes</b> (Sí)	<b>Name:</b> _____ (Nombre:)
<b>Primary Care:</b> (Médico de cabecera:)	<b>No</b> (No)	<b>Yes</b> (Sí)	<b>Name:</b> _____ (Nombre:)
<b>Other: (Otros:)</b>			

**Review of Systems: (Patient Information)**  
Are you currently having or have you had problems with the following systems: (circle & explain)

<b>Constitutional</b> (Corporal)	e.g. fatigue, fever, headache (Por Ej. Fatiga, fiebre, dolores de cabeza)	<b>No</b> (No)	<b>Yes</b> (Sí)	_____
<b>Eyes</b> (Ojos)	e.g. blurred vision, glasses (Por Ej. Visión borrosa, lentes)	<b>No</b> (No)	<b>Yes</b> (Sí)	_____
<b>Ears, Nose, Throat</b> (Oídos, nariz, garganta)	e.g. congestion, hearing loss (Por Ej. Congestión, pérdida de audición)	<b>No</b> (No)	<b>Yes</b> (Sí)	_____
<b>Lungs, Breathing</b> (Pulmones, Respiración)	e.g. wheezing, cough (Por Ej. Silvido asmático, tos)	<b>No</b> (No)	<b>Yes</b> (Sí)	_____
<b>Heart</b> (Corazón)	e.g. chest pain, heart murmurs (Por Ej. Dolores en el pecho, soplo cardíaco)	<b>No</b> (No)	<b>Yes</b> (Sí)	_____
<b>Gastrointestinal</b> (Gastrointestinal)	e.g. nausea, constipation, liver (Por Ej. Náusea, estreñimiento, hepático)	<b>No</b> (No)	<b>Yes</b> (Sí)	_____
<b>Bladder</b> (Vejiga)	e.g. incontinence, difficult urination (Por Ej. Incontinencia, problemas al orinar)	<b>No</b> (No)	<b>Yes</b> (Sí)	_____
<b>Endocrine</b> (Endocrina)	e.g. diabetes, thyroid problems (Por Ej. Diabetes, problemas de la tiroide)	<b>No</b> (No)	<b>Yes</b> (Sí)	_____
<b>Musculoskeletal</b> (Óseomuscular)	e.g. joint pain, history of fractures (Por Ej. Dolor en las coyunturas, fracturas)	<b>No</b> (No)	<b>Yes</b> (Sí)	_____
<b>Bleeding Problems</b> (Problemas de pérdida de sangre)	e.g. anemia, prolonged bleeding (Por Ej. Anemia, pérdida de sangre prolongada)	<b>No</b> (No)	<b>Yes</b> (Sí)	_____
<b>Neurological</b> (Neurológicos)	e.g. numbness, tingling, dizziness (Por Ej. Entumecimiento, hormigueo, mareos)	<b>No</b> (No)	<b>Yes</b> (Sí)	_____
<b>Integumentary</b> (Integumentario)	e.g. rashes, skin disorders (Por Ej. Sarpullidos, enfermedades de la piel)	<b>No</b> (No)	<b>Yes</b> (Sí)	_____
<b>Psychiatric</b> (Psiquiátrico)	e.g. change in mood or behavior (Por Ej. Cambios de comportamiento o estado de ánimo)	<b>No</b> (No)	<b>Yes</b> (Sí)	_____
<b>Immunologic/Allergic</b> (Inmunológico/Alérgico)	e.g. asthma, chronic rashes (Por Ej. Asma, sarpullidos crónicos)	<b>No</b> (No)	<b>Yes</b> (Sí)	_____
<b>Other (Otros:)</b>				_____

**Please list all current medications: (Prescription or Over-the-Counter)** \_\_\_\_\_ **None (Ninguno)** \_\_\_\_\_  
(Liste todos los medicamentos que toma actualmente:.) (Con receta y sin receta)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Patient Name**

(Nombre del paciente)

(Please print) (En letra de molde)

**Please list all allergies:** (Liste cualquier alergia:) \_\_\_\_\_ **None** (Ninguno) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Past Medical History:** (Antecedentes Médicos:)

Have you ever had general anesthesia? **No** **Yes**  
 (¿Ha recibido anestesia general?) (No) (Sí)

Have you had any problems with anesthesia? **No** **Yes** Describe: (Describe:) \_\_\_\_\_  
 (¿Ha tenido problemas con anestesia?) (No) (Sí)

Please describe any major injuries or illnesses you have had: **None** (Ninguna) \_\_\_\_\_  
 (Describa las lesiones o las enfermedades más graves que ha tenido)

\_\_\_\_\_ **Date:** (Fecha:) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ **Date:** (Fecha:) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ **Date:** (Fecha:) \_\_\_\_\_

Please describe any surgeries you have had: (Describa las cirugías que ha tenido:) **None** (Ninguna) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ **Date:** (Fecha:) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ **Date:** (Fecha:) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ **Date:** (Fecha:) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ **Date:** (Fecha:) \_\_\_\_\_

**Past Family History:**

Relation (Relación)	Alive (age) Vivos (edad)	Health Problems (Problemas de salud)	Deceased (age) Fallecidos (edad)	Cause of Death (Causa del fallecimiento)
Mother (Madre)				
Father (Padre)				
Brother(s) Hermano(s)				
Sister(s) Hermana(s)				

**Social History:** (Antecedentes Sociales:)

Occupation: \_\_\_\_\_  
(Ocupación)

Disabled: **No** **Yes**  
 Incapacitado(s): (No) (Sí)

Retired: **No** **Yes**  
 Jubilado(a): (No) (Sí)

Describe your occupation prior to retirement: \_\_\_\_\_  
 (Describa su profesión antes de jubilarse)

**Marital Status:** (circle) **Married** **Divorced** **Separated** **Widowed** **Single**  
 (Estado Civil: (marque con un círculo) (Casado) (Divorciado) (Separado) (Viudo) (Soltero))

**Tobacco use?** **No** **Yes** **Type/amount per day/week?** \_\_\_\_\_  
 ¿Usa tabaco? (No) (Sí) (Tipo/cantidad diaria/semanal)

**Alcohol use?** **No** **Yes** **Amount per day/week?** \_\_\_\_\_  
 ¿Toma alcohol? (No) (Sí) (Tipo/cantidad diaria/semanal)

**Drug Use** **No** **Yes** **Amount per day/week?** \_\_\_\_\_  
 ¿Toma drogas? (No) (Sí) (Tipo/cantidad diaria/semanal)

**Optional, for governmental reporting purposes only.**  
 (Opcional, solo para propósito de informes al gobierno)

**Language** (Idioma) \_\_\_\_\_

**Are you:** (Es usted:)

American Indian or Alaska Native (Nativo Americano o Nativo de Alaska)

Black or African American (Negro o Afroamericano)

Declined (Rehusó)

Asian (Asiático)

Native Hawaiian or Other Pacific Islander (Nativo de Hawaii o de las islas del Pacífico)

Not Reported (No se reporta)

White (Blanco)

**Are you:** (Es usted:)

Hispanic or Latino (Hispano o Latino)

Declined (Rehusó)

Not Hispanic or Latino (No soy hispano ni Latino)

Not reported (No se reporta)