

Initial health history and assessment

Evaluación e historia médica inicial

Name/Nombre: _____ DOB/Fecha de nacimiento: ____/____/____
Last / Apellido First / Primer nombre M / Segundo nombre mo / mes day / día yr / año

Today's Date/Fecha de hoy: ____/____/____
Mo / mes day / día yr / año

Tel: _____ Work/ Trabajo: _____ Age/ Edad: _____

Primary care provider: _____

Proveedor de atención primaria: _____

Why are you coming to the clinic today/¿Por qué vino hoy a la clínica? _____

Past medical and family history/Historia médica y familiar

For yourself, provide details and dates. For family members, please check (✓) if yes.

Para usted, proporcione información y fechas. Para familiares, marque (✓) en caso afirmativo.

	Self/Usted	Mother Madre	Father Padre	Siblings Hermanos	Children Hijos	Other Otros
Stroke/Apoplejía						
Heart disease Enfermedades del corazón						
Hypertension/Hipertensión						
High cholesterol Colesterol alto						
Asthma/emphysema Asma/Enfisema						
Thyroid disease Enfermedad de la tiroides						
Diabetes/Diabetes						
Cancer - Type: Cáncer - Tipo:						
Alcoholism/Alcoholismo						
Drug abuse Abuso de drogas						
Osteoporosis Osteoporosis						
Arthritis/Artritis						
Heartburn/ulcer Ardor de estómago/Úlcera						
Bowel problems Problemas intestinales						
Depression/Anxiety Depresión/Ansiedad						
Hepatitis/Hepatitis						
Eating disorders Trastornos alimentarios						

Other health issues/Otros problemas de salud: _____

List any surgeries you have had:

Escriba las cirugías que haya tenido:

Description: _____ Date: ____/____/____

Descripción: _____ Fecha: ____/____/____

Gynecologic / Obstetric history

Historia ginecológica/obstétrica

Age of first period: _____
 Edad a la que tuvo su primer período: _____
 Date of last menstrual period: ____/____/____
 Fecha en la que tuvo su último período menstrual: ____/____/____
 How many days between periods (average): _____

¿Cuántos días entre períodos (promedio)?: _____
 How long do periods last: _____
 ¿Cuánto duran los períodos?: _____

Bleeding between periods: Yes No

Sangrado entre períodos: Sí No

Bleeding after menopause: Yes No

Sangrado después de la menopausia: Sí No

Are periods too heavy/too painful: Yes No

Los períodos son demasiado abundantes/demasiado

Dolorosos: Sí No

Contraception: Type: Yes No

Anticoncepción: Sí No

Tipo: _____

Are you sexually active: Yes No

¿Es sexualmente activa?: Sí No

With: Man Woman Both

Con: Hombres Mujeres Ambos

Do you have sexual concerns: Yes No

Tiene preocupaciones sexuales: Sí No

Is intercourse painful: Yes No

Relaciones sexuales dolorosas: Sí No

New sexual partner in the last year: Yes No

Nueva pareja sexual en el último año: Sí No

Number of lifetime sexual partners: Less than 5 More than 5

Numero de parejas sexuales en toda su vida: Menos de 5 Más de 5

Number of pregnancies: _____

Cantidad de embarazos: _____

Vaginal deliveries: _____

Partos vaginales: _____

C-sections: _____

Cesáreas: _____

Miscarriages: _____

Abortos espontáneos: _____

Abortions: _____

Abortos: _____

Date of last pap: ____/____/____

Fecha del último Papanicolaou: ____/____/____

History: abnormal pap smears: Yes No

Antecedentes: pruebas de Papanicolaou con

resultado anormal: Sí No

Sexually transmitted infections: Yes No

If so, type(s): _____

Infecciones de transmisión sexual:

Si respondió "Sí", tipos: _____

History of sexual or physical abuse: Yes No

Antecedentes de abuso sexual o físico: Sí No

Current sexual or physical abuse: Yes No

Abuso sexual o físico actual: Sí No

Do you perform self-breast exam: Yes No

¿Se examina las mamas?: Sí No

Current medications (prescribed or over the counter) / supplements / herbs

Medicamentos actuales (con receta o de venta libre)/suplementos/hierbas

Medication dose	Medicamento/dosis	Medication /dose	Medicamento/dosis	Medication /dose	Medicamento/dosis
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____

List allergies to medication including reaction

Escriba las alergias a medicamentos, incluyendo la reacción

Medication /Reaction	Medicamento/Reacción	Medication /Reaction	Medicamento/Reacción
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Social history and habits

Hábitos y antecedentes sociales

Single Partnered Married Divorced / separated Widowed

Soltera En pareja Casada Divorciada/separada Viuda

Do you work outside the home? Yes No

¿Trabaja fuera de casa? Sí No

What is your occupation? _____ ¿Cuál es su ocupación? _____

Do you have children: Yes No Ages: _____ ¿Tiene hijos?: Sí No Edades: _____

Do you exercise: Yes No Type/frequency: _____ ¿Hace ejercicio?: Sí No Tipo/frecuencia: _____

Alcohol use: Yes No Amount per day/week: _____

Consumo de alcohol: Sí No Cantidad al día/a la semana: _____

Tobacco use: Yes No Past use: Yes No # of cigarettes per day: _____ Age began: _____ Age quit: _____

Uso de tabaco Sí No Uso anterior: Sí No # de cigarrillos al día _____ Edad a la que comenzó: _____ Edad a la que dejó: _____

Drug use: Yes No Type: _____

Consumo de drogas: Sí No Tipo: _____

Do you have any of the following symptoms currently/¿Tiene actualmente alguno de los siguientes síntomas?

- Abdominal or pelvic pain
Dolor abdominal o pélvico
- Constipation / diarrhea / blood in stool
Estreñimiento/diarrea/sangre en las heces
- Heartburn / trouble swallowing
Ardor de estómago/problemas para tragar
- Urine leakage
Pérdidas de orina
- Vaginal / vulvar itching, irritation, discharge
Comezón, irritación, secreción de la vulva/la vagina
- Breast lumps / nipple discharge
Bultos en las mamas/secreción de los pezones
- Chest pain
Dolor en el pecho
- Shortness of breath
Falta de aire
- Visual / hearing problems
Problemas de la visión/la audición
- Weight loss, fevers, chills, sweats
Pérdida de peso, fiebre, escalofríos, sudoración
- Headaches - migraine or tension
Dolores de cabeza - migraña o tensional
- Numbness / tingling / weakness of extremities
Entumecimiento/hormigueo/debilidad de las extremidades
- Joint / muscle pain
Dolor en las articulaciones/en los músculos
- Depression, anxiety, irritability, trouble sleeping
Depresión, ansiedad, irritabilidad, problemas para dormir
- Hot flashes / vaginal dryness
Calores/sequedad vaginal
- Other concerns:
Otras preocupaciones: _____

Screening / health maintenance//Pruebas de detección/Mantenimiento de la salud

	Date of last exam / immunization <i>Fecha del último examen/vacuna</i>	Normal <i>Normal</i>	Abnormal <i>Anormal</i>
Pap smear/ <i>Papanicolaou</i>			
Mammogram/ <i>Mamografía</i>			
Bone Density Exam/ <i>Densitometría ósea</i>			
Cholesterol test/ <i>Análisis de colesterol</i>			
Diabetes test/ <i>Análisis de diabetes</i>			
Thyroid test/ <i>Análisis de la tiroides</i>			
Self breast exam/ <i>Auto-Examen personal de las mamas</i>			
Colon cancer screening/ <i>Examen de detección de cáncer de colon</i>			
Stool cards/ <i>Tarjetas de heces</i>			
Flexible Sigmoidoscopy/ <i>Sigmoidoscopia flexible</i>			
Colonoscopy/ <i>Colonoscopia</i>			
Barium enema/ <i>Enema de bario</i>			
Immunizations/ <i>Vacunas</i>			
Tetanus/ <i>Tétano</i>			
Hepatitis A/ <i>Hepatitis A</i>			
Hepatitis B/ <i>Hepatitis B</i>			
Human Papillomavirus (HPV)/ <i>Virus del papiloma humano (HPV)</i>			
Measles, Mumps, Rubella/ <i>Sarampión, paperas, rubeola</i>			
Influenza/ <i>Gripe</i>			
Pneumonia/ <i>Neumonía</i>			

