

## Initial Health History and Assessment Form

### *Evaluación e historia médica inicial*

Name / Nombre: \_\_\_\_\_

Last / Apellido      First / Primer nombre      M / Segundo nombre

DOB / Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

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	Sister Hermana	Brother Hermano	Child Hijo/a	Other Otro
Stroke/Apoplejía							
Heart disease <i>Enfermedades del corazón</i>							
Hypertension <i>Hipertensión</i>							
High cholesterol <i>Colesterol alto</i>							
Asthma/emphysema <i>Asma/Enfisema</i>							
Thyroid disease <i>Enfermedad de la tiroides</i>							
Diabetes <i>Diabetes</i>							
Cancer - Type: <i>Cáncer - Tipo:</i>							

	Self <i>Usted</i>	Mother <i>Madre</i>	Father <i>Padre</i>	Sister <i>Hermana</i>	Brother <i>Hermano</i>	Child <i>Hijo/a</i>	Other <i>Otro</i>
Alcoholism <i>Alcoholismo</i>							
Drug abuse <i>Abuso de drogas</i>							
Osteoporosis <i>Osteoporosis</i>							
Arthritis <i>Artritis</i>							
Heartburn/ulcer <i>Ardor de estómago/Úlcera</i>							
Bowel problems <i>Problemas intestinales</i>							
Depression/Anxiety <i>Depresión/Ansiedad</i>							
Hepatitis <i>Hepatitis</i>							
Eating disorders <i>Trastornos alimentarios</i>							

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:  Yes  No

Type: \_\_\_\_\_

*Anticoncepción:*  Sí  No

*Tipo:* \_\_\_\_\_

Are you sexually active:  Yes  No

With:  Man  Woman  Both

*¿Es sexualmente activa?:*  Sí  No

*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

*Número de parejas sexuales en toda su vida:*  Menos de 5  Más de 5

**Gynecologic / Obstetric history**  
**Historia ginecológica/obstétrica**

Number of pregnancies: \_\_\_\_\_

*Cantidad de embarazos:* \_\_\_\_\_

Vaginal deliveries: \_\_\_\_\_

*Partos vaginales:* \_\_\_\_\_

C-sections: \_\_\_\_\_

*Cesáreas:* \_\_\_\_\_

Miscarriages: \_\_\_\_\_

*Abortos espontáneos:* \_\_\_\_\_

Date of last pap: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

*Fecha del último Papanicolaou:* \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

History of abnormal pap smears:  Yes  No

*Antecedentes de pruebas de Papanicolaou con resultado anormal:*  Sí  No

Sexually transmitted infections:  Yes  No

If so, type(s): \_\_\_\_\_

*Infecciones de transmisión sexual:*  Sí  No

*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	<i>Medicamento/dosis</i>	Medication/dose	<i>Medicamento/dosis</i>
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

**List allergies to medication, including reaction**  
**Escriba las alergias a medicamentos, incluyendo la reacción**

Medication/reaction	<i>Medicamento/reacción</i>	Medication/reaction	<i>Medicamento/reacción</i>
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

**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?**

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

**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>Autoexamen 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>			