

Nombre (name): _____ Fecha(date): _____ Edad (age): _____

CIRUGIAS O PROCEDIMIENTOS ESPECIALES (Surgeries or special procedures)

Operación (Operation)	Fecha (date)	Operación (Operation)	Fecha	Operación	Fecha
<input type="checkbox"/> Apéndice	_____	<input type="checkbox"/> Anginas	_____	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/> Cirugía de Pecho	_____	<input type="checkbox"/> Cirugía Vascular	_____	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/> Bypass de Corazón	_____	<input type="checkbox"/> Biopsia de Seno	_____	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/> Hernia	_____	<input type="checkbox"/> Mastectomía	_____	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/> Vesícula	_____	<input type="checkbox"/> Histerectomía	_____	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/> Radiación	_____	<input type="checkbox"/> Ovarios	_____	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/> Próstata	_____	<input type="checkbox"/> Otra _____	_____	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	

HISTORIA MÉDICA FAMILIAR (Family History)

Ejemplos de condiciones medicas en su Familia, Diaberes, Presion Alta, Cancer Ezquizofrenicos, Problemas de Tiroides, Drogadictos, Alcoholicos, Suicidas, Embolias, Ataques al Corazon, Colesterol, etc.

Parentesco	Circule uno Vivo Muerto	Fecha de Nacimiento	Edad	Enfermedades
Padre (Father)	Vivo Muerto			
Madre (Mother)	Vivo Muerto			
Hermano(s) (Brother)	Vivo Muerto			
Hermana(s) (Sisters)	Vivo Muerto			
Abuelo (GrandFather)	Vivo Muerto			
Abuela (Grandmother)	Vivo Muerto			
Otro (Other)	Vivo Muerto			
Otro (Other)	Vivo Muerto			

HERMANOS(AS) (Brothers) # de Hermanos _____ # de Hermanas _____ Buena Salud? SI NO
 HIJOS(AS) (Children) # de Hijos _____ # de Hijas _____ Buena Salud? SI NO

HISTORIA SOCIAL: (Social History)

Marque Si Usa	TIPO	CUANTO	CADA CUANDO	DESDE CUANDO	INTERES EN DEJAR DE USAR SI o NO
	TABACO				
	ALCOHOL				
	DROGAS				

ESCRIBA SI O NO

SI	NO	En el último año ha bebido alcohol o usado drogas más de la cuenta? (In the last year have you ever drank or used drugs more tan you meant to?)
SI	NO	Ha sentido que es necesario que deje de consumir alcohol o drogas? (Have you felt you wanted or needed to cut down on your drinking or drug use in the last year?)

Nombre (name): _____ Fecha(date): _____ Edad (age): _____

VACUNAS (Immunizations)

Fecha de su ultima Vacuna del Tétanos (Last tetanus shot): _____

Fecha de su ultima Vacuna de Pulmonía (Last pneumonia shot): _____

Fecha de su última Vacuna de la Influenza (Last Flu Shot): _____

HOMBRES (MEN ONLY)

Ultimo examen de próstata (Prostate exam)	Fecha _____	Resultado	Normal	Anormal
Ultimo Examen PSA (Last PSA)	Fecha _____	Resultado	Normal	Anormal

MUJERES (WOMEN ONLY)

Ultimo Mamograma (Last Mammogram)	Fecha _____	Resultado	Normal	Anormal
Ultimo Papanicolaou (Last Pap)	Fecha _____	Resultado	Normal	Anormal
Edad de su primer Regla (Age at Onset)	_____			
Fecha de Ultima Regla (LNMP)	_____			
Problemas con su Periodo? (Difficulty with periods?)	SI	NO	Edad del inicio de su Menopausia: _____	
Cuantos Embarazos ha Tenido(# of Preg)	_____	Cesáreas (C-sec)	_____	Prematuros (Premature) _____
Nacidos Muertos (stillborn)	_____	Abortos Espontaneos (Miscarriage)	_____	Provocados (abortions) _____

Algún comentario o detalle que quiera agregar para su tratamiento
(Any comments or details that may affect your Health or your treatment?)

FIRMA DEL PACIENTE _____

