

Initial Clinical History and Physical Form

(Historia clínica inicial y la forma física)



Date: _____

Patient Information (Información del Paciente)

Name: _____ Age: _____ Date of Birth: ____/____/____
Nombre Edad Fecha de Nacimiento

Sex: Male Female Marital Status: Single Married Divorced Widowed # Children ____
Sexo: Macho Hembra Estado Civil: Soltero Casado Divorciarse Viudo # Niños

Previous Family Physician: _____ Referring Physician: _____
Médico de Familia Anterior Médico remitente

Reason for Visit: _____
Motivo de la visita

Past Medical History (Antecedentes médicos)

(Please check all conditions that you have or have had.)
(Consulte todas las condiciones que usted tiene o ha tenido.)

- | | | | |
|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> None Nada | <input type="checkbox"/> Anxiety Ansiedad | <input type="checkbox"/> High Cholesterol High Colesterol | <input type="checkbox"/> Allergy: Food Allergy: Alimentos |
| <input type="checkbox"/> Heart Disease Enfermedades del corazón | <input type="checkbox"/> Bleeding Difficulties Sangrado Dificultades | <input type="checkbox"/> Seizure Seizure | <input type="checkbox"/> Allergy: Seasonal Allergy: Estacional |
| <input type="checkbox"/> High Blood Pressure Presión Arterial Alta | <input type="checkbox"/> Hepatitis A B or C Hepatitis A, B o C | <input type="checkbox"/> Loss of Consciousness Loss de Conciencia | <input type="checkbox"/> TB |
| <input type="checkbox"/> Stroke/TIA Stroke/TIA | <input type="checkbox"/> HIV HIV | <input type="checkbox"/> Arthritis (Type) _____ Arthritis (tipo) | <input type="checkbox"/> Hypothyroid Hipotiroidismo |
| <input type="checkbox"/> Obstructive Sleep Apnea Apnea Obstructiva del Sueño | <input type="checkbox"/> Diabetes-Diet Controlled Diabetes-Diet controlada | <input type="checkbox"/> Asthma Asthma | <input type="checkbox"/> Hyperthyroid Hipertiroidismo |
| <input type="checkbox"/> Coronary Artery Disease Arteria Coronaria Disease | <input type="checkbox"/> Diabetes-Oral Meds Diabetes-Oral Medicamentos | <input type="checkbox"/> Emphysema Emphysema | |
| <input type="checkbox"/> Depression Depression | <input type="checkbox"/> Diabetes-On Insulin Insulina Diabetes-On | <input type="checkbox"/> Osteoporosis Osetoporosis | |
| <input type="checkbox"/> Cancer: Type/Treatment: _____
Cáncer: Tipo/Treatment | | | |
| <input type="checkbox"/> Other (Specify): _____
Otros (Specify) | | | |

Past Surgical History Historia pasado quirúrgico

(Type of Surgery & Year) Tipo de Cirugía y año
 Not past surgeries. No cirugías anteriores

- | | |
|----------|----------|
| 1. _____ | 4. _____ |
| 2. _____ | 5. _____ |
| 3. _____ | 6. _____ |

Prescription Medications Los medicamentos de venta con receta

Not taking any prescription medications.
No tomar cualquier medicamento de prescripción.

(Medication and Dose/Number per Day) Medicamento/Dosis/Número por Día

- | | |
|----------|----------|
| 1. _____ | 4. _____ |
| 2. _____ | 5. _____ |
| 3. _____ | 6. _____ |

Patient Name: _____
(Nombre del Paciente)

Non-Prescription Medications (Los medicamentos sin prescripción) **Drug Allergies /Type of Reaction** (Alergias a medicamentos /tipo de reacción)

(Medication and Dose/Number per Day) Medicamento/Dosis/Número por Día

Not taking any non-prescription medications.
No tomar cualquier medicamento sin receta.

1. _____
2. _____
3. _____

No known drug allergies (ex. Latex, Tape)
No alergias a medicamentos conocidas (por ejemplo, látex, cinta)

1. _____
2. _____
3. _____

Social History (Historia Social)

Please check the appropriate listings (Por favor, compruebe las listas)

Tobacco Use

- Never (Nunca)
- Quit/When? _____
(Salir/Cuando)
- Cigarettes/Pack per Day? _____
(Cigarrillos/Paquete al día)
- Pipe (Canalizar)
- Cigars (Cigarro)
- Chewing Tobacco
(Masticar tabaco)

How many years? _____
(Cuántos años)

Alcohol Use

- None (Nada)
- Socially (Socialmente)
- Daily (Diario)
- Heavy (Pesadamente)

Have you ever been treated for alcoholism?
(Alguna vez ha recibido tratamiento por alcoholism)

Yes (Si) No (No)

If yes, when? _____
(Si la respuesta es sí)

Drug Use

- None (Nada)
- Marijuana (Marihuana)
- Amphetamines
(Anfetamina)
- Other _____
(Otros)

Have you ever been treated for drug use?
(Ha sido tratada para el consumo de drogas)

Yes (Si) No (No)

If yes, when? _____
(Si la respuesta es sí)

Exercise

- None (Nada)
- 1-2x/week
(Semana)
- 3-4x/week
(Semana)
- 5-7x/week
(Semana)

Type: _____
(Mecanografiar)

Caffeine Use

- None(Nada)
- Occasional (Ocasional)
- Daily (Diario)

How much? _____
(Cuanto cuesta)

Education (Educación)

Please check highest level (Por favor revise más alto nivel)

- Grade School** Escuela Primaria
- High School** Escuela Secundaria
- College** Colegio
- Post Graduate** Posgrado

Occupational History (Historia Laboral)

Employer: _____ Job Title: _____
(Empleador) (Título del trabajo)

Have you altered your job as a result of the problem you brought here today? Yes (Si) No (No)
(Ha cambiado su trabajo como resultado de un problema que se reunió en el día de hoy)

If yes, please explain: _____
(Por favor explique)

If you're currently off work as a result of the problem, how long have you been off?
(Si en estos momentos está fuera del trabajo como resultado del problema)

Patient Name: _____
 (Nombre del Paciente)



Family History (Historia Familiar)

Father (Padre)	<input type="checkbox"/> Living (Vivo) <input type="checkbox"/> Deceased (Difunto)	Age: _____ (Edad)	Medical History or Cause of Death (Historia de la medicina o la causa del fallecimiento)	<input type="checkbox"/> High Blood Pressure Presión Arterial Alta <input type="checkbox"/> Cancer: Type _____ Cáncer: Tipo	<input type="checkbox"/> Diabetes Diabetes <input type="checkbox"/> Other _____ Otros	<input type="checkbox"/> Cholesterol Cholesterol
Mother (Madre)	<input type="checkbox"/> Living (Vivo) <input type="checkbox"/> Deceased (Difunto)	Age: _____ (Edad)	Medical History or Cause of Death (Historia de la medicina o la causa del fallecimiento)	<input type="checkbox"/> High Blood Pressure Presión Arterial Alta <input type="checkbox"/> Cancer: Type _____ Cáncer: Tipo	<input type="checkbox"/> Diabetes Diabetes <input type="checkbox"/> Other _____ Otros	<input type="checkbox"/> Cholesterol Cholesterol
Brothers (Hermano)	<input type="checkbox"/> Living (Vivo) <input type="checkbox"/> Deceased (Difunto)	Age: _____ (Edad)	Medical History or Cause of Death (Historia de la medicina o la causa del fallecimiento)	<input type="checkbox"/> High Blood Pressure Presión Arterial Alta <input type="checkbox"/> Cancer: Type _____ Cáncer: Tipo	<input type="checkbox"/> Diabetes Diabetes <input type="checkbox"/> Other _____ Otros	<input type="checkbox"/> Cholesterol Cholesterol
Sisters (Hermana)	<input type="checkbox"/> Living (Vivo) <input type="checkbox"/> Deceased (Difunto)	Age: _____ (Edad)	Medical History or Cause of Death (Historia de la medicina o la causa del fallecimiento)	<input type="checkbox"/> High Blood Pressure Presión Arterial Alta <input type="checkbox"/> Cancer: Type _____ Cáncer: Tipo	<input type="checkbox"/> Diabetes Diabetes <input type="checkbox"/> Other _____ Otros	<input type="checkbox"/> Cholesterol Cholesterol

Patient Name: _____
 (Nombre del Paciente)

For Females: (Para las mujeres)

Are you pregnant? _____ Are you breast feeding? _____ # of Pregnancies/Deliveries: _____ Type of Birth Control: _____
 Esta usted embarazada La lactancia maternal Lo de embarazos y partos Tipo de Control de Natalidad

Date of first menstrual period: _____ Date of last menstrual period: _____
 Fecha de la primera menstruación Fecha de la última menstruación

Last Mammogram: _____ Last Pap: _____ Last Bone Density Scan: _____
 Última Mamografía Último Pap Última Densitometría ósea

For Males: (Para los hombres)

Do you experience impotency? _____ Erectile Problems: _____
 Ha experimentado impotencia Problemas de erección

Immunizations: (inmunización)

Flu Date: _____ Pneumonia Date: _____ Tetanus Date: _____
 Gripe aviar Fecha Neumonía Fecha Tétanos Fecha

Other: (Otros)

Screenings: _____ Colonoscopy Date: _____
 Proyecciones Colonoscopia Fecha