

HISTORIAL DE SALUD DEL ADULTO (ADULT HEALTH HISTORY)

Historial Medico del Pasado: (Past Medical History)

Por favor marca todas las que apliquen (Please mark all that apply)

Trastorno de la salud mental: (Behavioral Health Disorder)

- Ninguno (none)
- Ansiedad (anxiety)
- Deficit de atención de disorder de hiperactividad (Attention-deficit hyperactivity disorder ADHD)
- Trastorno bipolar (Bipolar disorder)
- Depresión (Depression)
- Esquizofrenia (Schizophrenia)
- Otro (Other) _____

Defectos de Nacimiento, Desordenes Geneticos (Birth Defects, Genetic Disorders)

- No (No) Sí (Yes) Explique (Explain) _____

Desorden de Sangre (Blood disorder)

- Ninguno (none) Rasgo de células falciformes (Sickle cell trait)
- Anemia (Anemia) Otros (other) _____
- Enfermedad de células falciformes (Sickle cell disease)

Cancer (Cancer):

- Ninguno (None) Pulmones (Lung)
- Vejiga (bladder) Próstata (Prostate)
- Senos (Breast) Piel (Skin)
- Cervical (Cervical) Útero (Uterus)
- Colon (Colon) Otros (Other) _____

Enfermedades Cardiovasculares (Cardiovascular Disease)

- Ninguno (None) Alta presión (High blood pressure)
- Dolor de pecho (molestia) (Chest pain or discomfort [Angina]) Ataque al Corazón (Heart attack)
- Fallo del Corazón (Heart failure) Problemas de circulación (Circulation problems)
- Coagulo de sangre (Blood Clot) Otros (Other) _____
- Colesterol alto (High Cholesterol) _____

Problemas de Oídos, Nariz, Garganta y Boca (Ear, Nose, Throat and Mouth Problems)

- Ninguno (None) Sinusitis (Sinusitis)
- Febre de heno (Hay fever) Desorden de la conjuntura temporomandibular (TMJ)
- Sordera (Deaf) Dolor, desconforte en la quijada (Pain, discomfort in jaw, face and neck)
- Problemas dentales (Dental Problems) Otros (Other) _____
- Problemas de audicion (Hearing impaired/problems)

Endocrino (Endocrine)

- Ninguno (None) Problemas con la tiroide (Thyroid Disease)
- Diabetes gestacional durante el embarazo (Gestational diabetes during preg) Diabetes tipo 1 (Siempre haz usado insulina) (Type 1 Diab)
- Quistes en ovarios (Ovarian cysts) Diabetes tipo 2 (Type 2 diabetes)
- Pre-diabetes (Pre diabetes) Otros (other) _____

LABEL

LABEL

Problemas con los ojos (Eye Problems)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Ninguno (None) | <input type="checkbox"/> Problemas de ojos diabéticos (Diabetic eye problems) |
| <input type="checkbox"/> Ceguera (Blind) | <input type="checkbox"/> Discapacidad visual (Visually impaired) |
| <input type="checkbox"/> Cataratas (Cataracts) | <input type="checkbox"/> Otros (Other) _____ |
| <input type="checkbox"/> Glaucoma (Glaucoma) | _____ |

Enfermedades Gastrointestinales (Gastrointestinal Disease)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ninguno (None) | <input type="checkbox"/> Hepatitis A |
| <input type="checkbox"/> Piedra en la vesícula (cálculos biliares) (Gallstones) | <input type="checkbox"/> Hepatitis B |
| <input type="checkbox"/> Cirrosis del hígado (Cirrhosis of liver) | <input type="checkbox"/> Hepatitis C |
| <input type="checkbox"/> Colitis (Colitis) | <input type="checkbox"/> Síndrome del intestino irritable (Irritable Bowel Syndrome) |
| <input type="checkbox"/> Diverticulosis/Diverticulitis | <input type="checkbox"/> Úlceras en el estómago (Ulcer in stomach) |
| <input type="checkbox"/> Reflujo Ácido (GERD Acid Reflux) | <input type="checkbox"/> Otros (Other) _____ |

VIH (HIV)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> SIDA (AIDS) | <input type="checkbox"/> Nunca he sido chequeado (Never been tested) |
| <input type="checkbox"/> VIH (HIV) | <input type="checkbox"/> Desconosco (Unknown) |
| <input type="checkbox"/> VIH Negativo (HIV Negative) | |

Riñones/Enfermedades del tracto Urinario (Kidney/Genitourinary Disease)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Ninguno (None) | <input type="checkbox"/> Quistes en los ovarios (Ovarian cyst) |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad Crónica (Chronic Kidney Disease) | <input type="checkbox"/> Agrandamiento de la próstata (Prostatic enlargement) |
| <input type="checkbox"/> Endometriosis | <input type="checkbox"/> Infección de la próstata (Prostatic infection) |
| <input type="checkbox"/> Sangre en la orina (Blood in urine) | <input type="checkbox"/> Infecciones de orina (Urinary Tract Infection) |
| <input type="checkbox"/> Piedra en los riñones (Kidney stones) | <input type="checkbox"/> Otros (Other) _____ |

Enfermedades de los pulmones (Lung disease)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ninguno (none) | <input type="checkbox"/> Neumonía (Pneumonia) |
| <input type="checkbox"/> Asma (Asthma) | <input type="checkbox"/> Coágulo de sangre en los pulmones (Blood clots in lung) |
| <input type="checkbox"/> Bronquitis (Bronchitis) | <input type="checkbox"/> Tuberculosis (TB) |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad Crónica Obstructiva del pulmón (COPD) | <input type="checkbox"/> Otros (other) _____ |
| <input type="checkbox"/> Emfisema (Emphysema) | |

Mamá tomó dietilestilbestrol (hormona dada para prevenir pérdida del bebé (Mother took DES to prevent miscarriage)

- | | | |
|-----------------------------|-----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí (Yes) | <input type="checkbox"/> desconosco (Unknown) |
|-----------------------------|-----------------------------------|---|

Problemas Músculoesquelético (Musculoskeletal Problems)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Ninguno (None) | <input type="checkbox"/> Escoliosis (Scoliosis) |
| <input type="checkbox"/> Fracturas/huesos rotos (Fractured/broken bones) | <input type="checkbox"/> Otros (Other) _____ |
| <input type="checkbox"/> Osteoartritis (Osteoarthritis) | |
| <input type="checkbox"/> Artritis reumatoidea (inflamación, rigidez, y pérdida de la función de los huesos) (Rheumatoid Arthritis) | |

Enfermedades Neurológicas (Neurological Disease)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ninguno (None) | <input type="checkbox"/> Epilepsia (Seizures) |
| <input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular (Stroke) | <input type="checkbox"/> Desmayos (Fainting) |
| <input type="checkbox"/> Migrañas (Migraines) | <input type="checkbox"/> Otros (Other) _____ |
| <input type="checkbox"/> Dolor de nervios (Nerve pain) | |

Problemas de la piel (Skin problems)

<input type="checkbox"/> Ninguno (None)	<input type="checkbox"/> Staphylococcus aureus resistenté a meticilina (MRSA)
<input type="checkbox"/> Acne	<input type="checkbox"/> Soriasis (Psoriasis)
<input type="checkbox"/> Eczema/Dermatitis	<input type="checkbox"/> Tatuajes (Tattoos)
<input type="checkbox"/> Lupus	<input type="checkbox"/> Otros (Other) _____

Enfermedades Venereas (STD)

<input type="checkbox"/> Ninguno (None)	<input type="checkbox"/> Virus del Papiloma Humano (HPV Human Papilloma virus)
<input type="checkbox"/> Clamidia (Chlamydia)	<input type="checkbox"/> Sifilis (Syphilis)
<input type="checkbox"/> Herpes Genital (Genital herpes)	<input type="checkbox"/> Otros (Other) _____
<input type="checkbox"/> Gonorrea (Gonorrhea)	

Transfusiones de Sangre o Productos de la Sangre (Blood transfusion or Blood Products)

No (No) Sí (Yes) Año (Year) _____

Historial familiar medico (incluye solo padres, hermanos, hermanas, hijos y abuelos)
Family Medical History (includes only your parents, brothers, sisters, children and grandparents)

<input type="checkbox"/> Cancer	<input type="checkbox"/> Presión alta (High blood pressure)
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Accidente cerebro vascular (Stroke)
<input type="checkbox"/> Enfermedades del Corazón (heart disease)	<input type="checkbox"/> Otros (Other) _____
<input type="checkbox"/> Colesterol alto (High cholesterol)	<input type="checkbox"/> Desconosco (Unknown)

Procedimientos Medicos/Cirujias y hospitalizaciones (Medical procedures/surgeries and hospitalizations)

<input type="checkbox"/> Apendectomía (Appendix removal)	<input type="checkbox"/> Reparación de hernia (Hernia repair)
<input type="checkbox"/> Remoción del bloqueo de la arteria carótida (Removal of blockage in carotid artery)	<input type="checkbox"/> Histerectomía (Hysterectomy)
<input type="checkbox"/> Cirujía de Cataratas en adultos (Cataract surgery in adults)	<input type="checkbox"/> Histeroscopia (Hysteroscopy)
<input type="checkbox"/> Cesarea (Cesarean section [c section])	<input type="checkbox"/> Cirujía de la espalda baja (Low back pain surgery)
<input type="checkbox"/> Remocion de la vecícula (Gallbladder removal)	<input type="checkbox"/> Extirpación de la próstata (Prostate removal)
<input type="checkbox"/> Colonoscopia (Colonoscopy)	<input type="checkbox"/> Extirpacion de las acienoids (Tonsills & Adenoid removal)
<input type="checkbox"/> Raspe por aborto (D&C for miscarriage)	<input type="checkbox"/> Otras hospitalizaciones (Other hospitilazations)
<input type="checkbox"/> Raspe por problemas de sangrado (D&C for uterine bleeding problems)	_____

<p>Immunizaciones/Vacunas (Immunizations)</p> <p style="text-align: center;">Ultima fecha conocida (last known date)</p>		<p style="text-align: center;">Ultima fecha conocida (last known date)</p>	
<input type="checkbox"/> Varicela (Chicken pox)	_____	<input type="checkbox"/> Virus del papiloma humano (HPV Virus)	_____
<input type="checkbox"/> Influenza	_____	Serie completada (Series completed)	_____
<input type="checkbox"/> Infulenza porcina (H1N1 Swine flu)	_____	<input type="checkbox"/> Sarampión (Measles)	_____
<input type="checkbox"/> Hepatitis A	_____	<input type="checkbox"/> Meningococos (Meningococcal)	_____
Serie completada (Series completed)	_____	<input type="checkbox"/> Neumonía (Pneumonia)	_____
<input type="checkbox"/> Hepatitis B	_____	<input type="checkbox"/> Tétano (Tetanus)	_____
Serie completada (Series completed)	_____	<input type="checkbox"/> Zoster (Shingles)	_____
		<input type="checkbox"/> Otros (Other)	_____

Alergias (Allergies)

<input type="checkbox"/> Ninguno (None)	
<input type="checkbox"/> Drogas Medicamentos (Drug) _____	Describe reacción (Describe reaction) _____
<input type="checkbox"/> Ambiental (Environment) _____	Describe reacción (Describe reaction) _____
<input type="checkbox"/> Comidas (Food) _____	Describe reacción (Describe reaction) _____

LABEL

LABEL

Medicamentos (Con recetas y sin recetas; si necesita usa la parte de abajo de la pagina 6)
Medications (Prescription and over the counter; if needed, use bottom of page 6)

- Nombre (Name): _____ Dosis (Dose): _____ ¿Cuántos por día? (How many each day?) _____
 Nombre (Name): _____ Dosis (Dose): _____ ¿Cuántos por día? (How many each day?) _____
 Nombre (Name): _____ Dosis (Dose): _____ ¿Cuántos por día? (How many each day?) _____

Uso actual del cigarrillo o tabaco (Current tobacco use)

- Ninguno (None)
 Menos de 1 paquete por día (less than 1 pack per day of cigarettes)
 Exactamente 1 paquete por día (Exactly 1 pack per day of cigarettes)
 Exactamente 2 paquetes por día (Exactly 2 packs per day of cigarettes)
 Exactamente 3 paquetes por día (Exactly 3 packs per day of cigarettes)
 Mas de 3 paquetes por día (More than 3 packs per day of cigarettes)
 Masticar tabaco (Smokeless tobacco)
 Otros (Other) _____

Tiempo del uso actual (Length of current use): _____

Uso del tabaco o cigarrillo en el pasado (Previous tobacco use):

- Ninguno (None) Paré hace meno de 1 año (Quit less than 1 year ago) Paré hace mas de 1 año (Quit over 1 year ago)

Uso del Alcohol (Alcohol Use):

- No Sí (Yes) Cantidad por semana (Amount per week): _____

Uso de sustancias (Substance abuse)

¿ Le gustaria recibir información acerca de las diferentes ayudas?

- Sin recetas (Over the counter drugs) (Would you like to receive information about ways to get help?)
 Drogas con receta (Prescription drugs) No Sí (Yes)
 Drogas de la calle (Street drugs)
 Otros (Other) _____

Nutrición y ejercicios (Nutrition and Exercise):

¿Usted come 5 o mas frutas y vegetables al día? (Do you eat 5 or more fruits & vegetables a day?)

- No Sí (Yes)

¿Usted come menos de 2 comidas al día? (Do you east less than 2 meals a day?)

- No Sí (Yes)

¿Usted hace ejercicios 30 minutos al menos 3 veces a la semana? (Do you exercise for 30 minutes at least 3 times a week?)

- No Sí (Yes)

Safety

¿Cúanto frecuente usa el cinturón de seguridad?
(How often do you use a seat belt?)

¿Cuándo corres bicicleta o motora, cuán frecuente usas protectores?
When riding a bike or motorcycle, how often do you wear a helmet?

- Nunca (Never) Nunca (Never)
 Siempre (Always) Siempre (Always)
 A veces (Sometimes) A veces (Sometimes)
 Rara vez (Rarely) Nunca corre biciclelal/motora (Never ride a bike/motorcycle)

¿Estás expuesto regularmente a químicos? ¿Cuándo? (Are you regularly exposed to chemicals when you are):

- Haciendo pasatiempos (Doing hobbies) Describe: _____
 En casa (At home) Describe: _____
 En el trabajo (At work) Describe: _____
 Otros (Other) Describe: _____
 Nunca (Never)

Safety Screening:

¿Tu relación de pareja te hace sentir amenazado, avergonzado o inseguro en casa?

(Does your relationship make you feel threatened, ashamed, or unsafe at home?)

- No Sí (Yes)

¿Haz sido golpeado, pateado, abofeteado, empujado o mordido por tu esposo, novio o pareja?

(Have you ever been hit, kicked, punched, slapped, shoved or bitten by your husband, boyfriend, or partner?)

- No Sí (Yes)

¿Te gustaria recibir información acerca de refugios o de la linea caliente de violencia doméstica?

(Would you like to receive information about shelter or the Domestic Violence Hotline?)

- No Sí (Yes)

Historial Sexual (Sexual History)

- Edad de tu primera relación sexual (Age at first sexual encounter) _____
- Numero de parejas sexuales en el pasado ano (Number of sex partners in the last year) _____
- Actualmente sexualmente activo (Currently Sexually Active) No Sí (Yes)
- Método anticonceptivo (Birth control) No Metodo (No method) Metodo (Method) _____

Alguna vez haz tenido (Have you ever had):

- Sexo oral (Oral sex): No Sí (Yes)
- Sexo por dinero, drogas u otros (Sex for money , drugs, or other) No Sí (Yes)
- Sexo con mujeres (Sex with females) No Sí (Yes)
- Sexo con alguna persona con VIH + (Sex with HIV + person) No Sí (Yes)
- Sexo con algún usuario de drogas inyectables (Sex with IV drug user) No Sí (Yes)
- Sexo con hombre (Sex with male) No Sí (Yes)
- Sexo con un hombre que haya tenido sexo con otro hombre (Sex with a male who had sex with a male) No Sí (Yes)
- Sexo sin condon (Sex without a condom) No Sí (Yes)
- Victima de abuso sexual (victim of sexual assault) No Sí (Yes)
- Sexo anal (Anal sex) No Sí (Yes)
- Otros (Other): _____
- Ninguna de las anteriores (None of the above)

Alguna vez haz tenido (Have you ever had):

- Recibido producto de sangre por hemofilia (Blood product received for hemophilia) No Sí (Yes)
- Drogas por vena (IV drug use) No Sí (Yes)
- Carcel, prision, centro de detención (Jail/prison/detention center) No Sí (Yes)
- Expuesta en el trabajo (Exposures at work) No Sí (Yes)

Mujeres porfavor vayan a la sigurente pagina (Women please go to next page)

Fecha completado (Date completed) _____

Firma del cliente (Client signature) _____

Fecha revisado (Date reviewed)

Firma del proveedor (Reviewer signature)

Fecha revisado (Date reviewed)

Firma del proveedor (Reviewer signature)

Fecha revisado (Date reviewed)

Firma del proveedor (Reviewer signature)

LABEL

LABEL

Women's Health
Mamograma (Mammogram)
Fecha mas reciente (Most recent date) _____ Resultados (Results) _____
Resultado anormal anteriormente (Previous abnormal results?) No Sí (Yes) _____
Auto examen de seno (Self breast exam):
¿Cada cuanto examina sus senos? (How often do you examine your breasts?) _____
Papanicolaou (Pap smears):
Fecha mas reciente (Most recent date) _____ Resultados (Results) _____
Resultado anormal anteriormente (Previous abnormal results?) No Sí (Yes) _____
Comentarios (Comments): _____

Embarazos (Pregnancy):
 Nunca estado embarazada (Never been pregnant) Número de partos prematuros (Number of pre term births) _____
Edad del primer embarazo (Age at first pregnancy): _____ Números de abaortos (Number of abortions) _____
Número de embarazos (Number of times pregnant): _____ Números de hijos vivos (Number of living children) _____
Número de partos (Number of times given birth): _____ Números de multiples hijos (number of multiple births): _____
Número de partos a tiempo completo (Number of full term births): _____ Comentarios (Comments): _____

Historial de menstruación (Menstrual History):
Edad de la primera menstruación (Age at onset): _____ Tiempo de sangrado (Length of bleeding): _____
Menstruación (Menstrual periods): Regular Irregular Días entre sangrado (Days between bleeding): _____
Cantidad de menstruación (menstrual flow amount): poca (Light) Regular Mucha (Heavy)
Primer dia del ultimo periodo (menstruación) (1st day of last period): _____

Menopausa (Menopause)
Menopausa (Menopause): No Sí (Yes) Edad que empezó la menopausia (Age at menopause): _____
Tomando remplazo de hormonas (Taking hormone replacement): No Sí (Yes)

Continuacion de la lista de medicamentos (Medication List Continued):

Otras Notas (Other notes):

