

ADULT HEALTH HISTORY

Name/Nombre	Age/Edad	D.O.B./Cuando Nació	Date/Fecha
-------------	----------	---------------------	------------

HISTORY OF PAST ILLNESS Have you had?/ENFERMEADES PASADAS:(Ha tenido)

Measles/Sarampión	No	Yes/Si	Rheumatic fever/Fiebre Reumática	No	Yes/Si
Mumps/Paperas	No	Yes/Si	Heart Disease/Enfermedad del Corazón	No	Yes/Si
Chickenpox/Viruela	No	Yes/Si	Tuberculosis	No	Yes/Si
Diabetes	No	Yes/Si	Venereal Disease/Enfermedad Venerea	No	Yes/Si
Stroke/Embolio	No	Yes/Si	Serious Disease/Enfermedad Graves	No	Yes/Si

Ever hospitalized/Has sido hospitalizado	No	Yes/Si	Explain/Explicación	_____
Ever had surgery/Ha tenido operaciones	No	Yes/Si	Explain/Explicación	_____
Had broken bones/Ha tenido fracturas	No	Yes/Si	Explain/Explicación	_____
Head concussions or injuries/ Golpes o heridas de cabeza	No	Yes/Si	Explain/Explicación	_____

>Date of last Tetanus/La fecha de su ultima inmunización de Tétano _____
 >Date of last Pap Smear/La Fecha de papanicolou de cáncer _____
 >Date of last Mammogram/Mammographia _____

FAMILY HISTORY/HISTORI FAMILIAR:

Has anyone in your family ever had?/Ha habido en su familia?

Cancer	No	Yes/Si	Who/Quien?	_____
Diabetes	No	Yes/Si	Who/Quien?	_____
Tuberculosis	No	Yes/Si	Who/Quien?	_____
Heart trouble/E nfermedad del Corazón	No	Yes/Si	Who/Quien?	_____
High blood pressure/Presión alta	No	Yes/Si	Who/Quien?	_____
Stroke/Embolio	No	Yes/Si	Who/Quien?	_____
Convulsions/Epilepcia	No	Yes/Si	Who/Quien?	_____
Suicide/Suicidio	No	Yes/Si	Who/Quien?	_____

SOCIAL HISTORY/HISTORIA SOCIAL

Single/Soltero Married/Casado Separated/Separado Divorced/Divorciado Widowed/Viudo
 Alcoholic Beverages/Bebidas Alcohólicas: Never/Numca _____ How much/Cuanto _____
 Tobacco or Cigarettes/Tobacco o Cigarrillos: Never/Numca _____ How much/Cuanto _____
 Are you sexually active?/Esta sexualmente active? Yes No
 What is your job?/Cuál es su trabajo? _____
 Education Level/Nivel de Educación: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 College/Colegio Superior: 1 2 3 4
 Ethnic Background/Nacionalidad: American Indian Asian Filipino Pacific Islander Black Hispanic White

SYSTEMIC REVIEW GENERAL/REVISION DE SISTEMAS:

Recent weight change/Reciente cambio de peso? No Yes/Si
 Have you been in good health most of your life?/Ha tenido Buena salud la mayor parte su vida? No Yes/Si

HAVE YOU EVER HAD PROBLEMS WITH?/ALGUNA VEZ HA TENIDO PROBLEMAS CON?

Skin/Piel	No	Yes/Si	Explain/Explicación	_____
Head-Eyes-Ears-Nose-Throat/ Cabeza-Ojos-Oídos-Nanz-Garganta	No	Yes/Si	Explain/Explicación	_____
Neck/Cuello	No	Yes/Si	Explain/Explicación	_____
Lungs/Pulmones	No	Yes/Si	Explain/Explicación	_____
Heart Circulation/Corazón o Circulación	No	Yes/Si	Explain/Explicación	_____
Blood/Sangre	No	Yes/Si	Explain/Explicación	_____
Emotions/Emociones	No	Yes/Si	Explain/Explicación	_____
Nerves/Nervios	No	Yes/Si	Explain/Explicación	_____
Muscles and bones/Músculos o Huesos	No	Yes/Si	Explain/Explicación	_____
Stomach and Bowels/Estomago o Intestinos	No	Yes/Si	Explain/Explicación	_____
Sex Organs/Órganos Sexuales	No	Yes/Si	Explain/Explicación	_____
Urinary/Únannos	No	Yes/Si	Explain/Explicación	_____
Any other/Cualquiera otro	No	Yes/Si	Explain/Explicación	_____

**ALLERGIES OR REACTIONS TO FOOD OR MEDICATION/
 ALERGIAS O REACCIONES A ALIMENTOS O MEDICINAS** _____

Patient Signature/Firma _____ Date/Fecha _____

Provider Signatura _____ Date/Fecha _____