

PATIENT NAME: \_\_\_\_\_

MRN: \_\_\_\_\_

DOB: \_\_\_\_\_

## Health Assessment

**ALLERGIES/REACTIONS:**


**MEDICATIONS: INCLUDING SUPPLEMENTS, LIST NAME OF MEDICATION, DOSE AND FREQUENCY.**

Name	Dose	Frequency

**Medical Illness:**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Adrenal tumor/mass<br><input type="checkbox"/> Anemia<br><input type="checkbox"/> Angina<br><input type="checkbox"/> Anxiety<br><input type="checkbox"/> Arrhythmia<br><input type="checkbox"/> Arthritis<br><input type="checkbox"/> Asthma<br><input type="checkbox"/> Back Pain<br><input type="checkbox"/> Blood Clots<br><input type="checkbox"/> Blood Pressure <small>High/Low</small><br><input type="checkbox"/> Bone Infections<br><input type="checkbox"/> Bowel Problems<br><input type="checkbox"/> Cancer*<br><input type="checkbox"/> Chicken Pox<br><input type="checkbox"/> Colon Polyps<br><input type="checkbox"/> Concussion<br><input type="checkbox"/> Congestive Heart Failure<br><input type="checkbox"/> Coronary Artery Disease<br><input type="checkbox"/> Depression | <input type="checkbox"/> Diabetes<br><input type="checkbox"/> Emphysema<br><input type="checkbox"/> Epilepsy/Seizures<br><input type="checkbox"/> Fainting<br><input type="checkbox"/> Gallstones<br><input type="checkbox"/> Gout<br><input type="checkbox"/> Heart Attack<br><input type="checkbox"/> Heart Murmur<br><input type="checkbox"/> Hemophilia/Abnormal Bleeding<br><input type="checkbox"/> Hepatitis<br><input type="checkbox"/> Hiatal Hernia<br><input type="checkbox"/> High Cholesterol<br><input type="checkbox"/> HIV/AIDS<br><input type="checkbox"/> Irritable Bowel Syndrome<br><input type="checkbox"/> Jaundice<br><input type="checkbox"/> Kidney Disease<br><input type="checkbox"/> Kidney Stones<br><input type="checkbox"/> Lung Disease<br><input type="checkbox"/> Lymphatic disease |
|---|---|

- |   |
|---|
| <input type="checkbox"/> Mononucleosis<br><input type="checkbox"/> Neurological Disorder<br><input type="checkbox"/> Pancreatic tumor/mass<br><input type="checkbox"/> Parkinsons<br><input type="checkbox"/> Pituitary tumor/mass<br><input type="checkbox"/> Pneumonia<br><input type="checkbox"/> Prostate Enlargement<br><input type="checkbox"/> Psychiatric Problems<br><input type="checkbox"/> Seasonal Allergies/<br>Hay Fever<br><input type="checkbox"/> STD _____<br><input type="checkbox"/> Shortness of Breath<br><input type="checkbox"/> Stroke<br><input type="checkbox"/> Thyroid Disease<br><input type="checkbox"/> Tumor/Mass<br><input type="checkbox"/> Tuberculosis/Exposure<br><input type="checkbox"/> Ulcers<br><input type="checkbox"/> Valley Fever<br><input type="checkbox"/> Other:<br>_____ |
|---|

**Surgeries:**

- |   |
|---|
| <input type="checkbox"/> Appendix<br><input type="checkbox"/> Back Surgery<br><input type="checkbox"/> Breast Biopsy<br><input type="checkbox"/> Cardiac<br><input type="checkbox"/> Colon Polyps<br><input type="checkbox"/> Gall Bladder<br><input type="checkbox"/> Hemorrhoid<br><input type="checkbox"/> Hernia <small>(Umbilical or Inguinal)</small><br><input type="checkbox"/> Hysterectomy<br><input type="checkbox"/> Joint Replacement<br><input type="checkbox"/> Knee Surgery<br><input type="checkbox"/> Ovarian<br><input type="checkbox"/> Prostate<br><input type="checkbox"/> Shoulder Surgery<br><input type="checkbox"/> Skin Biopsy<br><input type="checkbox"/> Splenectomy<br><input type="checkbox"/> Thyroid<br><input type="checkbox"/> Tonsillectomy<br><input type="checkbox"/> Vasectomy<br><input type="checkbox"/> Other:<br>_____ |
|---|

**Cancer History\*:**

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Breast<br><input type="checkbox"/> Colon<br><input type="checkbox"/> Lung | <input type="checkbox"/> Prostate<br><input type="checkbox"/> Ovarian<br><input type="checkbox"/> Skin | <input type="checkbox"/> Stomach<br><input type="checkbox"/> Other:<br>_____ |
|--|--|--|

NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_

N.º DE HISTORIA CLÍNICA: \_\_\_\_\_

F. DE NAC.: \_\_\_\_\_

## Evaluación de la salud

ALERGIAS/REACCIONES:		
MEDICAMENTOS: INCLUYENDO SUPLEMENTOS, NOMBRE DEL MEDICAMENTO, DOSIS Y FRECUENCIA.		
Nombre	Dosis	Frecuencia

### Enfermedad médica:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Tumor/masa suprarrenal                    | <input type="checkbox"/> Epilepsia/convulsiones          |
| <input type="checkbox"/> Anemia                                    | <input type="checkbox"/> Desmayos                        |
| <input type="checkbox"/> Angina                                    | <input type="checkbox"/> Cálculos biliares               |
| <input type="checkbox"/> Ansiedad                                  | <input type="checkbox"/> Gota                            |
| <input type="checkbox"/> Arritmia                                  | <input type="checkbox"/> Ataque cardíaco                 |
| <input type="checkbox"/> Artritis                                  | <input type="checkbox"/> Soplo cardíaco                  |
| <input type="checkbox"/> Asma                                      | <input type="checkbox"/> Hemofilia/Sangrado anormal      |
| <input type="checkbox"/> Dolor de espalda                          | <input type="checkbox"/> Hepatitis                       |
| <input type="checkbox"/> Coágulos de sangre                        | <input type="checkbox"/> Hernia de hiato                 |
| <input type="checkbox"/> Presión arterial <small>Alta/Baja</small> | <input type="checkbox"/> Colesterol alto                 |
| <input type="checkbox"/> Infecciones óseas                         | <input type="checkbox"/> VIH/SIDA                        |
| <input type="checkbox"/> Problemas de intestino                    | <input type="checkbox"/> Síndrome de intestino irritable |
| <input type="checkbox"/> Cáncer*                                   | <input type="checkbox"/> Ictericia                       |
| <input type="checkbox"/> Varicela                                  | <input type="checkbox"/> Enfermedad renal                |
| <input type="checkbox"/> Pólipos de colon                          | <input type="checkbox"/> Cálculos renales                |
| <input type="checkbox"/> Conmoción cerebral                        | <input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar             |
| <input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca congestiva         | <input type="checkbox"/> Enfermedad linfática            |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de las arterias coronarias     | <input type="checkbox"/> Mononucleosis                   |
| <input type="checkbox"/> Depresión                                 | <input type="checkbox"/> Trastorno neurológico           |
| <input type="checkbox"/> Diabetes                                  | <input type="checkbox"/> Tumor/masa de páncreas          |
| <input type="checkbox"/> Enfisema                                  |  |

### Cirugías:

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Parkinson                              | <input type="checkbox"/> Apéndice                                     |
| <input type="checkbox"/> Tumor/masa de la pituitaria            | <input type="checkbox"/> Cirugía de espalda                           |
| <input type="checkbox"/> Neumonía                               | <input type="checkbox"/> Biopsia de mama                              |
| <input type="checkbox"/> Agrandamiento de la próstata           | <input type="checkbox"/> Cardíaca                                     |
| <input type="checkbox"/> Problemas psiquiátricos                | <input type="checkbox"/> Pólipos de colon                             |
| <input type="checkbox"/> Alergias estacionales/ fiebre del heno | <input type="checkbox"/> Vesícula biliar                              |
| <input type="checkbox"/> ETS_____                               | <input type="checkbox"/> Hemorroides                                  |
| <input type="checkbox"/> Dificultad para respirar               | <input type="checkbox"/> Hernia <small>(umbilical o inguinal)</small> |
| <input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular              | <input type="checkbox"/> Histerectomía                                |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de la tiroides              | <input type="checkbox"/> Reemplazo de articulación                    |
| <input type="checkbox"/> Tumor/masa                             | <input type="checkbox"/> Cirugía de rodilla                           |
| <input type="checkbox"/> Tuberculosis/Exposición                | <input type="checkbox"/> De ovarios                                   |
| <input type="checkbox"/> Úlceras                                | <input type="checkbox"/> Próstata                                     |
| <input type="checkbox"/> Fiebre del valle                       | <input type="checkbox"/> Cirugía de hombro                            |
| <input type="checkbox"/> Otro: _____                            | <input type="checkbox"/> Biopsia de la piel                           |
|   | <input type="checkbox"/> Esplenectomía                                |
|   | <input type="checkbox"/> Tiroides                                     |
|   | <input type="checkbox"/> Amigdalectomía                               |
|   | <input type="checkbox"/> Vasectomía                                   |
|   | <input type="checkbox"/> Otro:  |

### Antecedentes de cáncer\*:

- |                                 |                                   |                                      |
|---------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Mama   | <input type="checkbox"/> Próstata | <input type="checkbox"/> Estómago    |
| <input type="checkbox"/> Colon  | <input type="checkbox"/> Ovario   | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |
| <input type="checkbox"/> Pulmón | <input type="checkbox"/> Piel     |                                      |

PATIENT NAME: \_\_\_\_\_

MRN: \_\_\_\_\_

DOB: \_\_\_\_\_

## Health Assessment

Please complete the following information regarding the patient's biological family.

 If the biological family history is unknown please check here: 

FAMILY HISTORY			
Problem	Biological Mother/Type	Biological Father/Type	Biological Siblings/Type
Developmental Delays			
Diabetes			
Cardiac Problems			
Kidney Disease			
Thyroid Problems			
Stroke			
Liver Disease			
High Cholesterol			
Seizures/Epilepsy			
Heart Murmur			
Psychiatric Illness			
Cancer/Type			
Gastric Reflux			
Arthritis			
Other			

**Obstetrical History:**

# Pregnancies \_\_\_\_\_ # Deliveries \_\_\_\_\_

# Miscarriages \_\_\_\_\_ # Abortions \_\_\_\_\_

Contraception/Type: \_\_\_\_\_

Menarche (Age Menstruation Began) \_\_\_\_\_

Date of Last Menstrual Period \_\_\_\_\_

**Clinicians you see:** Please include name, specialty and phone number.

 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Vaccination(s) & Date:**

<input type="checkbox"/> Tetanus	_____
<input type="checkbox"/> TDAP (Tetanus/Diphtheria/Pertussis)	_____
<input type="checkbox"/> Hepatitis A	_____
<input type="checkbox"/> Hepatitis B	_____
<input type="checkbox"/> MMR	_____
<input type="checkbox"/> Varicella	_____
<input type="checkbox"/> Shingles	_____
<input type="checkbox"/> Other:	_____

**Pharmacy Information\*:**

Name: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_ Location: \_\_\_\_\_ Mail Order Pharmacy: \_\_\_\_\_

\*If multiple, please use space to list any/all preferred pharmacies

**Preferred Lab:**

Name: \_\_\_\_\_

 Do you have an Advanced Directive in Place (Living Will and/or Medical Durable Power of Attorney)?  Yes  No

**FOR OFFICE USE ONLY**

Date:	Medical Record #
-------	------------------

 Advanced Directives:  Patient refused  
 Scanned in Chart  Pt Completed AD at Home  Provided AD Informational Brochure  Pt Requested More Information

NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_

N.º DE HISTORIA CLÍNICA: \_\_\_\_\_

F. DE NAC.: \_\_\_\_\_

## Evaluación de la salud

Complete la siguiente información sobre la familia biológica del paciente.

 Si la historia familiar biológica es desconocida, marque aquí: 

ANTECEDENTES FAMILIARES			
Problema	Madre biológica/tipo	Padre biológico/tipo	Hermanos biológicos/tipo
Retrasos de desarrollo			
Diabetes			
Problemas cardíacos			
Enfermedad renal			
Problemas de tiroides			
Accidente cerebrovascular			
Enfermedad hepática			
Colesterol alto			
Convulsiones/Epilepsia			
Soplo cardíaco			
Enfermedad psiquiátrica			
Cáncer/tipo			
Reflujo gástrico			
Artritis			
Otro			

**Antecedentes obstétricos:**

# Embarazos \_\_\_\_\_ # Partos \_\_\_\_\_

# Abortos espontáneos \_\_\_\_\_ # Abortos \_\_\_\_\_

Anticoncepción/tipo: \_\_\_\_\_

Menarquia (edad en que comenzó la menstruación) \_\_\_\_\_

Fecha del último período menstrual \_\_\_\_\_

**Profesionales clínicos que ve:**

Incluya el nombre, la especialidad y el número de teléfono.

 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Vacuna(s) y fecha:**

- |   |       |
|---|-------|
| <input type="checkbox"/> Tétanos                            | _____ |
| <input type="checkbox"/> TDAP (Tétanos/Difteria/Tos ferina) | _____ |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis A                        | _____ |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis B                        | _____ |
| <input type="checkbox"/> MMR (sarampión, paperas y rubéola) | _____ |
| <input type="checkbox"/> Varicela                           | _____ |
| <input type="checkbox"/> Herpes                             | _____ |
| <input type="checkbox"/> Otro:                              | _____ |

**Información de la farmacia\*:**

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Ubicación: \_\_\_\_\_ Farmacia de pedidos por correo: \_\_\_\_\_

\*Si son múltiples, use el espacio para enumerar cualquier/todas las farmacias preferidas

**Laboratorio de preferencia:**

Nombre: \_\_\_\_\_

 ¿Tiene una directiva avanzada (testamento en vida y/o poder médico duradero)?  Sí  No

**SOLO PARA USO INTERNO**

Fecha:	N.º de historia clínica:
--------	--------------------------

Directivas anticipadas: <input type="checkbox"/> El paciente se negó	<input type="checkbox"/> Escaneado en el registro	<input type="checkbox"/> El paciente completó la DA en casa
<input type="checkbox"/> Se proporcionó el folleto informativo de las DA		<input type="checkbox"/> El paciente solicitó más información