

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

-
- Mononucleosis
-
-
- Neurological Disorder
-
-
- Pancreatic tumor/mass
-
-
- Parkinsons
-
-
- Pituitary tumor/mass
-
-
- Pneumonia
-
-
- Prostate Enlargement
-
-
- Psychiatric Problems
-
-
- Seasonal Allergies/ Hay Fever
-
-
- STD _____
-
-
- Shortness of Breath
-
-
- Stroke
-
-
- Thyroid Disease
-
-
- Tumor/Mass
-
-
- Tuberculosis/Exposure
-
-
- Ulcers
-
-
- Valley Fever
-
-
- Other: _____

Surgeries:

-
- Appendix
-
-
- Back Surgery
-
-
- Breast Biopsy
-
-
- Cardiac
-
-
- Colon Polyps
-
-
- Gall Bladder
-
-
- Hemorrhoid
-
-
- Hernia
- (Umbilical or Inguinal)
-
-
- Hysterectomy
-
-
- Joint Replacement
-
-
- Knee Surgery
-
-
- Ovarian
-
-
- Prostate
-
-
- Shoulder Surgery
-
-
- Skin Biopsy
-
-
- Splenectomy
-
-
- Thyroid
-
-
- Tonsillectomy
-
-
- Vasectomy
-
-
- Other: _____

Cancer History*:

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

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

Cirugías:

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

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