

### Medical Questionnaire

---

Date (Fecha): \_\_\_\_\_ Name (Nombre): \_\_\_\_\_

DOB (FDN): \_\_\_\_\_ Age (Edad): \_\_\_\_\_ Sex (Sexo): \_\_\_\_\_

Marital Status (Estado Civil): \_\_\_\_\_ # of Children (# De Hijos): \_\_\_\_\_

Occupation (Ocupación): \_\_\_\_\_ Race (Raza): \_\_\_\_\_

Preferred Pharmacy and Location (Farmacia de Preferencia y Ubicación): \_\_\_\_\_

What do you hope to accomplish today? (Chief complaint) (¿Qué esperas lograr hoy?) \_\_\_\_\_

---

Is there anything you would like to work on to improve your health? (¿Hay algo en lo que le gustaría trabajar para mejorar su salud?) \_\_\_\_\_

---

Are you (Eres):  Right-Handed (Diestro)  Left-Handed (zurdo)  
 Ambidextrous (Ambidextro)

**Past Medical History (Historia Médico):** (check any of the following which you have or been treated for)  
(Marque cualquiera de las siguientes enfermedades que usted tiene o por la cual ha sido tratado)

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> High Blood Pressure (Hipertensión)    | <input type="checkbox"/> Neurological Disorder (Desorden Neurológico) |
| <input type="checkbox"/> Cardiac Disease (Enfermedad Cardíaca) | <input type="checkbox"/> Diabetes                                     |
| <input type="checkbox"/> Liver Disease (Enfermedad Hepática)   | <input type="checkbox"/> High Cholesterol (Colesterol Alto)           |
| <input type="checkbox"/> Kidney Disease (Enfermedad Renal)     | <input type="checkbox"/> Depression (Depresión)                       |

Have you been to the emergency room, hospital or any other provider since your last visit? (If yes, please describe.) ¿Ha estado en la sala de emergencias, el hospital o cualquier otro proveedor desde su última visita? (En caso afirmativo, describa.) \_\_\_\_\_

---

Continue to next page...

**Surgical Procedures** (*Cirugias*)

**Year and Where** (*Año y Donde*)

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

**Hospitalizations** (*Hospitalizaciones*)

**Year and Where** (*Año y Donde*)

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

**Regular Medications:** (including dosage and frequency; include prescription, over-the-counter, vitamins, birth control pills, etc.) Please write on back of page for additional medicine.

*Medicamentos Regulares: (Incluya dosis, frecuencia; Incluya medicamentos recetados y sin receta, vitaminas, contraceptivos, etc.)*

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

**Allergies to Medications** (*Alergias a Medicamentos*) \_\_\_\_\_

Other Allergies (*Otras Alergias*) \_\_\_\_\_

**Family History:** (check all that apply) *Historial Familiar (Marque las que aplican)*

Specify the relation to you: (maternal, paternal or both)

**Maternal/Paternal**

**Age at Death** (*Eda en que currió*)

- Hypertension (*Hipertensión*) \_\_\_\_\_
- Heart Attack (*Ataque de Corazón*) \_\_\_\_\_
- Strokes (*Derrame Cerebral*) \_\_\_\_\_
- Diabetes \_\_\_\_\_
- Ovarian Cancer (*Cáncer de Ovario*) \_\_\_\_\_
- Breast Cancer (*Cáncer de Seno*) \_\_\_\_\_
- Colon Cancer (*Cáncer de Colón*) \_\_\_\_\_

**Maternal/Paternal**

**Age at Death** (*Eda en que currió*)

- Other Cancer (*Otro Cáncer*) \_\_\_\_\_
- Tuberculosis \_\_\_\_\_
- Glaucoma \_\_\_\_\_
- Neurological Disorder (*Desorden Neurológico*) \_\_\_\_\_

**Social History:** (*Historial Social*) \*PPD = Pack Per Day (*Paquete por día*)

**Tobacco Smoking Status** (*estatus de fumar tabaco*):

- Never (*Nunca*)
- Former Smoker (*Ex fumador*)
- Current Everyday Smoker (*Actual fumador de todo tiempo*)
- Current: Some Day Smoker (*Actual fumador de vez en cuando*)

Are you exposed to second hand smoke or live with a smoker? (*Está expuesto a humo de segunda mano ó vive con una persona que fuma?*)

YES  NO

**Smoking – How much?** (*Fumas- Cuanto*)

- ¼ PPD
- ½ PPD
- 1 PPD
- More than 1 PPD (*Mas de 1 PPD*)

**Tobacco – Years of use** (*tabaco*) – (*cuantos anos de uso?*) \_\_\_\_\_

**Smokeless Tobacco Status** (*Estado del tabaco sin humo*):

- Never used smokeless tobacco (*Nunca a usado tabaco sin humo*)
- Former (*usuario anterior*)
- Current (*usuario de hoy en día*)
- Current snuff user (*usuario de hoy en día de tabaco de rape*)
- Currently Chews Tobacco (*usuario de hoy en día de tabaco de mascar*)
- Currently user moist powder tobacco (*usuario de hoy en día de tabaco de polvo*)

**E-Cigarette / Vape status** (*Cigarrillo electrónico/ De Vapor*):

- Never used e-cigarette (*Nunca a usado cigarrillo electrónico*)
- Former e-cigarette user (*usuario anterior de cigarrillo electrónico*)
- Current e-cigarette user (*usuario de hoy en día de cigarrillo electrónico*)

**Exercise Level** (*Nivel de Ejercicio*):

- None (*Nunca*)
- Occasional (*ocasional*)
- Moderate (*mederato*)
- Heavy (*pesado*)

**Diet** (*dieta*):

- Regular
- Vegetarian (*vegetariana*)
- Vegan (*Vegana*)
- Gluten Free (*sin gluten*)
- Specific (*Espicifico*)
- Carbohydrate (*carbohidratos*)
- Cardiac (*Cardiaco*)
- Diabetic (*Diabetico*)

**General Stress Level** (*nivel de estres general*):

- Low (*Bajo*)
- Medium (*Mediano*)
- High (*Alto*)

**Alcohol Intake** (*consumo de alcohol*):

- None (*Nunca*)                       Occasional (*ocasional*)  
 Moderate (*Moderado*)            Heavy (*Pesado*)

**Caffeine Intake** (*Consumo de cafeína*):

- None (*Nunca*)                       Occasional (*ocasional*)  
 Moderate (*Moderado*)            Heavy (*Pesado*)

Illicit Drugs (*drogas ilícitas*): \_\_\_\_\_

Hobbies (*Pasatiempos*): \_\_\_\_\_

**GYN History** (*Historia ginecología*)

What is the date of your last menstrual period? (*¿La fecha de tu última ciclo menstrual?*) \_\_\_\_\_

Do you have a history of sexually transmitted diseases? (*¿Tiene antecedentes de enfermedades de transmisión sexual? Si/No*) (STDs / STIs)    YES             NO

History of abnormal pap? (*¿Historia de papanicolau anormal? Si/No*)    YES             NO

Do you have monthly menses? (*¿Tienes menstruaciones mensuales?*)    YES             NO

What was your age at first child? (*¿Cuál era tu edad al tener tu primer hijo?*) \_\_\_\_\_

Date of last pap smear? (*Fecha de la última prueba de Papanicolaou?*) \_\_\_\_\_

Current birth control method? (*Método de hoy en día de control de la natalidad?*) \_\_\_\_\_

Were you on birth control pills at the time of conception? (*¿Estaba tomando anticonceptivas al momento de la concepción? Si/No*)    YES             NO

If post-menopausal, age at menopause? (*Si es posmenopáusico, ¿a que edad en la menopausia?*) \_\_\_\_\_

Date of most recent mammogram? (*¿Fecha de la mamografía más reciente?*) \_\_\_\_\_

**Birth History** (*Historial de Parto*)

Any new pregnancies? (*Algún embarazo nuevo?*) \_\_\_\_\_

How many pregnancies? (*Cuántos embarazos?*) \_\_\_\_\_

Number of miscarriages? (*Abortos espontáneos?*) \_\_\_\_\_

Number of c/sections? (*Número de cesáreas?*) \_\_\_\_\_

Number of vaginal? [*Número de partos vaginales (naturales)?*] \_\_\_\_\_

**Name of Children** [*Nombre de los niños(as)*]

**Age** (anos)

---

---

---

---