

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?*) _____

Review of Systems: (check if you have or have had any of the following)

Historial Médico: (marque si tiene o ha tenido alguno de los siguientes)