

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 dia*)

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)

#1 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)

General

- Recent weight loss or gain (please circle one) *Pérdida o aumento de peso reciente (por favor circule cual)*
- Fevers or night sweats (please circle one) *Fiebre or sudoración en la noche (por favor circule cual)*
- Mood Disturbance (i.e., depression, anxiety, etc) *Cambios en estado de ánimo (depression, ansiedad, etc)*
- Fatigue *(Fatiga)*
- Last flu shot *(Última vacuna contra la influenza)*

Head/Neurologic (Cabeza/Neurologico)

- Headache (Dolor de cabeza)
- Dizziness (Mareos)
- Fainting (Desmayos)
- Numbness (Enturmecimiento)
- Tremors/shakes (Temblores)
- Poor coordination (Mala coordinación)
- Difficulty in speech (Dificultad en el habla)
- History of head injury (Historial de trauma en la cabeza)

Gentourinary (Genitourinario)

- Increased frequency of urination (aumento en la frecuencia de orinar)
- History of urinary infections (Historial de infección en la orina)
- Blood in urine (Sangre en la orina)
- Difficulty/burning urination (dificultad/ardor al orinar)
- Leakage/dribbling of urine (Incontinencia de orina)
- History of venereal disease (Historial de enfermedad venéreas)
- Lumps in genital area (Bultos anormales en el área genital)
- Kidney stones (Piedras en los riñones)
- Prostate problems (Problemas de próstata)
- Sexual difficulties (Dificultades sexuales)

Skin/Hair (Piel/Cabello)

- Rashes (Ronchas)
- Sores (Llagas)
- Lumps (Bultos anormales en el cuerpo)
- Skin Cancer (Cáncer de piel)
- Hair loss (Pérdida de cabello)
- Itching (Picazón)

Stomach/Bowels (Estomago/Intestinos)

- Nausea/vomiting *(Náusea/vómito)*
- Indigestion, belching, or excess gas *(Indigestion, eructos o exeso de gas)*
- Food intolerance *(Intolerancia de alimentos)*
- Bloating/abdominal distension *(Hinchazón o distension abdominal)*
- Abdominal pain (Dolor abdominal)
- Jaundice or yellow discoloration *(Ictérica o coloración amarilla)*
- Diarrhea or constipation (Diarrea o estreñimiento)
- Bloody or black stools (Sangre en excreta o negra)

ENT (Oídos/Nariz/Garganta)

- Double vision (Viendo doble)
- Dark spots (Viendo manchas)
- Flashing lights before your eyes (Luces delante de tus ojos)
- Recent changes in eyesight (Cambios en su vision recientes)
- Cataracts (Cataratas)
- Hearing loss (Pérdida de audición)
- Ringing in the ears (Zumbido en los oídos)
- Nose bleed (Sangrado nasal)
- Hay fever or nasal congestion (please circle one) *(Alergias de temporada or congestion nasal (por favor circule cual)*
- Sinus infection (Sinusitis)
- Sores in mouth (Llagas en la boca)
- Frequent sore throats (Dolor de garganta frecuente)
- Difficulty swallowing (Dificultad al tragar)
- Hoarseness or voice changes (please circle one) *(Ronquera o cambio de voz (por favor circule cual)*

#2

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)

Menstrual

- Interval between menstrual periods (Intervalo entre los períodos menstruales) _____
- Any chance of pregnancy at this time? (¿Cualquier posibilidad de embarazo en este momento?) YES / NO SI / NO
- Vaginal discharge (Secreción vaginal) YES / NO SI / NO
- Vaginal/pelvic discomfort (Molestia vaginal/pélvica)
- Pain during intercourse (Dolor durante acto sexual)
- Date of last menstrual period (Fecha de última menstruación) _____
- Date of last pap (Fecha del último papanicolaou) _____
- Method of birth control (Método anticonceptivo) _____
- Last mammogram date (fecha de última mamografía) _____

Muscle/Bones/Joints (Músculos/Huesos/Articulaciones)

- Joint pain or stiffness (Dolor en las articulaciones o rigidez)
- Joint swelling/redness (Hinchazón/enrojecimiento de articulaciones)
- Backache (Dolor de espalda)
- Muscle aches (Dolores musculares)
- Decreased muscle strength (Disminución de fuerza muscular)

Neck (Cuello)

- Pain or stiffness in the neck (please circle one) (Dolor o rigidez en el cuello (por favor circule cual)
- Fullness in the neck or throat (please circle one) (Presión en el cuello or garganta (por favor circule cual)

Heart/Lungs (Corazon/Pulmones)

- Heart attack (Ataque de corazón)
- Angina or chest pain (Angina o dolor de pecho)
- Congestive heart failure (Insuficiencia cardiaca)
- Difficulty breathing (Dificultad para respirar)
- Emphysema or chronic bronchitis (Enfisema or bronquitis crónica)
- Asthma or wheezing (Asma or congestión en el pecho)
- Cough (Toz)
- Irregular/rapid heartbeat (Látidos rápidos or irregulares del corazón)
- Edema (Hinchazón)
- Murmurs (Soplo en el corazón)
- Mitral valve prolapse (Prolapso de la válvula mitral)

Peripheral Arterial Disease (PAD) (Enfermedad de la arteria periférica)

- Leg pain while walking (Dolor en las piernas al caminar)
- Leg muscle discomfort (Molestia muscular de la pierna)
- Calf pain (Dolor de pantorrilla)
- Leg numbness or weakness (Entumecimiento o debilidad en las piernas)
- Feet or leg sores that will not heal (Llagas en los pies or en las piernas que no sanará)
- Cold Feet or legs (Pies or piernas frías)
- Sores on toes (Llagas en los dedos de los pies)

Physician Signature

Date