

# Adult Patient History Questionnaire

Patient Name: \_\_\_\_\_ Date of Birth: \_\_\_\_\_ Today's Date: \_\_\_\_\_  
*Nombre del paciente Fecha de Nacimiento Fecha*

**Medication Allergies/Alergias a Medicamentos: YES / SÍ NO**

Name of Medication/ <i>Nombre del Medicamento</i>	Type of Reaction <i>Tipo de Reacción</i>

**Current Medications/Medicamentos Actuales:** (Please list all medications you take, even if on an occasional basis. Include inhalers, creams, injections and herbal medications/*Favor de hacer una lista de todos los medicamentos que toma, aunque es ocasionalmente. Incluye inhaladores, cremas, inyecciones y hierbas medicinales*):


**Past Medical History/Historia Médica:** (Please list ALL past surgeries and year of surgery/*Favor de hacer una lista de sus cirugías previas y el año de la cirugía*):


**Have you ever had or do you currently have any of the following?/¿ Ha tenido o tiene acualmente algunos de los siguientes?**

	Yes/Sí	No		Yes/Sí	No
Headaches/ <i>Dolores de la Cabeza</i>			Stomach Problems/ <i>Problemas del Estómago</i>		
Dizziness/Vertigo/ <i>Mareos, Vértigo</i>			Colon Problems/ <i>Problemas del Colon</i>		
Hearing Loss/ <i>Pérdida de la audición</i>			Hepatitis		
Glaucoma			Gallbladder Problem/ <i>Problema de la Vesícula</i>		
Allergies (hay fever)/ <i>Alergias (fiebre del heno)</i>			Pancreas Problem/ <i>Problema del Páncreas</i>		
Thyroid Problem/ <i>Problema de Tiroides</i>			Kidney Problem/ <i>Problema de los Riñones</i>		
Asthma/ <i>Asma</i>			Multiple Sclerosis/ <i>Esclerosis Múltiple</i>		
Emphysema/ <i>Enfisema</i>			Seizures/ <i>Ataques</i>		
Blood Clots/ <i>Coágulos de Sangre</i>			Depression/ <i>Depresión</i>		
Sleep Apnea/ <i>Apnea intermitente al dormir</i>			Anxiety/ <i>Ansiedad</i>		
Skin Problem/ <i>Problema de la Piel</i>			Eating Disorder/ <i>Desorden Alimenticio</i>		
Stroke/ <i>Embolia Cerebral</i>			Sexually Transmitted Disease <i>Enfermedad de Transmisión Sexual</i>		
Hypertension, High Blood Pressure/ <i>Hipertensión, Presión Alta</i>			HIV/AIDS <i>VIH, SIDA</i>		
Congestive Heart Failure <i>Colapso Cardíaco</i>			Prostate Disease (Males) <i>Enfermedad de la Próstata (Hombres)</i>		
Heart Attack/ <i>Ataque De Corazón</i>			Endometriosis (Females/ <i>Mujeres</i> )		
High Cholesterol/Triglycerides <i>Alto Colesteroll</i>			Breast Disease (Females) <i>Enfermedad del Seno (Mujeres)</i>		
Abnormal Heart Rhythm <i>Ritmo Cardíaco Anormal</i>			Blood Transfusion <i>Transfusión de Sangre</i>		
Heart Murmur/ <i>Soplo Cardíaco</i>			Poor Appetite/Over eating		
Diabetes					
Rheumatic Fever/ <i>Fiebre Reumática</i>			Feeling Tired		
Cancer/ <i>Cáncer</i>					
If yes, what type?/¿ <i>Qué tipo?</i>			Trouble sleeping		

**FAMILY HISTORY/HISTORIA FAMILIAR:**

	Alive/Vivo(a)	Deceased/Muerto (a)	Age at Death Edad al Morir	Health Problems Problemas de Salud
Mother/Madre				
Father/Padre				
Siblings (circle relationship of each)/Hermanos (traza un círculo alrededor de cada uno)				
Brother/Hermano Sister/Hermana				
Brother/Hermano Sister/Hermana				
Brother/Hermano Sister/Hermana				
Brother/Hermano Sister/Hermana				

Is there any other specific family history you would like your provider to know?/¿Hay alguna historia familiar específica que quiere que sepa su proveedor?

Is there any family history of diabetes? If yes, please list family members diagnosed. \_\_\_\_\_

Is there any family history of heart disease? If yes, please list family members \_\_\_\_\_

**SOCIAL HISTORY/HISTORIA SOCIAL:**

Please circle the information that applies to you/Traza un círculo alrededor de la información que se aplica a Ud.

<b>Education/Educación:</b>	<b>Caffeine/Cafeína:</b>	<b>Living Arrangements:</b>
Primary/Primaria	Yes/Sí No	<b>Arreglos de Vivienda:</b>
High School/Secundaria		
College/Colegio	<b>Marital Status:</b>	
	<b>Estado Civil:</b>	
<b>Tobacco/Tabaco:</b>	<b>Alcohol</b>	<b>Illicit Drugs/Drogas Ilícitas</b>
Yes/Sí No	Yes/Sí No	Yes/Sí No
If yes, what type?	If yes, what type?	If yes, what type:
¿Qué tipo?	¿Qué tipo?	¿Qué tipo?

Have you received a flu vaccine within the past year? YES NO

If over age 60 have you received a pneumonia vaccine within the past year? YES NO

Do you currently have a Living Will? YES NO

¿Actualmente tiene un Testimonio en Vida? SÍ NO

Do you currently have a Medical Power of Attorney? YES NO

¿Actualmente tiene una carta de Poder Legal del Cuidado Médico? YES/SÍ NO

Are you interested in information regarding a living will and/or Medical Power of Attorney? YES NO

¿Está interesado(a) en información de un Testimonio de Vida y/o un Poder Legal de Cuidado Médico? YES/SÍ NO