

Name / Nombre _____	Greater Baden Medical Services, Inc. ADULT HISTORY/HISTORIAL DE ADULTOS
DOB / Fecha de nacimiento _____	

Date / Fecha _____ **Occupation / Empleo:** _____

Please list the date you were last seen by a Doctor/Health Provider: _____

**Por favor, escriba la fecha de su ultima visita con un Doctor:* _____

Doctor Name: _____ **Nombre del Doctor:* _____

MEDICAL HISTORY/ HISTORIAL MEDICO

ALLERGIES/ ALERGIAS **YES/ SI** **NO**

If yes, please state: _____

**Si contesto "Si", explique por favor:* _____

Are you taking any MEDICATION? **YES** **NO**

¿Toma medicamentos ahora? **SI** **NO**

If yes complete the following:

Si contesto "Si", complete lo siguiente:

MEDICATION NAME/ MEDICAMENTO	DOSE/ DOSIS	FREQUENCY/ FRECUENCIA	REASON/ RAZON

Are you taking any herbal products (i.e. St. John's Wort, Ginseng, etc.) or "over the counter" drugs (ie, Aspirin, vitamins, nasal sprays, etc.)? **YES** **NO** **If yes, complete the following:**

Usa usted productos con propiedades medicinales (St. John's Wort, Ginseng, etc.) o medicamentos que puede comprar a la farmacia sin receta (aspirina, vitaminas, etc.)? **SI** **NO** *Si contesto "Si", complete lo siguiente, por favor:*

HERBAL OVER THE COUNTER/ PRODUCTOS CON PROPIEDADES MEDICINALES	DOSE/ DOSIS	FREQUENCY/ FRECUENCIA	REASON/ RAZON

HOSPITALIZATIONS ___ **YES** ___ **NO** **If yes, complete the following:**

HOSPITALIZACIONES ___ *SI* ___ *NO* *Si contesto "Si", por favor complete lo siguiente:*

YEAR/ AÑO	OPERATION ILLNESS/INJURY – CIRUGIA/ ENFERMEDAD/ HERIDA	HOSPITAL/ HOSPITAL	DOCTOR/ DOCTOR

IMMUNIZATIONS AND TESTS/ VACUNAS Y EXAMENES:

DATE/ FECHA	DATE/ FECHA
Mammogram/ Mamografía	Hemocult (blood in stool)/ Sangre Oculta
PAP (Female exam)/ Papanicolao	Flu Vaccine/ Vacuna contra la influenza
PSA Test/ Examen de la Prostata	Pneumonia Vaccine/ Vacuna contra Pulmonia
Electrocardiogram/ Electrocardiograma	Tetanus/ Tétano
TB Test/ Tuberculosis	

Name / Nombre _____ DOB / Fecha de nacimiento _____	Greater Baden Medical Services, Inc. ADULT HISTORY/HISTORIAL DE ADULTOS
--	--

Please ✓ any of the following you have had:

*Por favor marcar con (✓) las enfermedades que usted ha tenido:

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Anemia/Anemia | <input type="checkbox"/> Diabetes/ Diabetes | <input type="checkbox"/> High Blood Pressure/ Presion Alta |
| <input type="checkbox"/> Seizures/Epilepsy – Ataques/ Epilepsia | <input type="checkbox"/> Asthma/ Asma | |
| <input type="checkbox"/> Diarrhea (frequent)/ Diarrea (frecuente) | <input type="checkbox"/> HIV/ AIDS – VIH/ SIDA | |
| <input type="checkbox"/> Thyroid Problems/ Problemas en las Glándulas Tiroideas | <input type="checkbox"/> Arthritis/ Artritis | |
| <input type="checkbox"/> Eye Disturbances/ Problemas de Visión | <input type="checkbox"/> Kidney/ Bladder Disease – Enfermedad del Riñon/ La vejiga | |
| <input type="checkbox"/> Tuberculosis/ Tuberculosis | <input type="checkbox"/> Blood Disorder/ Enfermedad de la Sangre | |
| <input type="checkbox"/> Heart Problems/ Enfermedad del Corazón | <input type="checkbox"/> Migraine Headaches/ Migrañas | |
| <input type="checkbox"/> Urinary Tract Infections/ Infección en el Tracto Urinario | <input type="checkbox"/> Cancer/Tumor – Cáncer/ Tumor | |
| <input type="checkbox"/> Rheumatic Fever/ Fiebre Reumática | <input type="checkbox"/> Pneumonia/ Pulmonía | |
| <input type="checkbox"/> Constipation (Frequent)/ Estreñimiento (frecuente) | <input type="checkbox"/> Hepatitis/ Hepatitis | |
| <input type="checkbox"/> Depression/ Depresión | <input type="checkbox"/> Other/ Otros | |

NUTRITION/LIFESTYLE HISTORY (NUTRICION/ESTILO deVIDA)

YES/ Sí NO

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Have you gained or lost more than 10 lbs. during the last 6 months?
<i>*Ha aumentado o perdido más de 10 libras durante los últimos 6 meses?</i> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Do you regularly use tobacco? __ Cigarettes __ Pipe __ Cigars
number of years? _____ number of packs per day? _____
<i>*Usa tabaco regularmente? __ Cigarrillos __ Pipa __ Cigarros</i>
<i># de años? _____ # cajetillas al día? _____</i> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Do you drink beer, wine, and/or hard liquor? Amount? _____ How often? _____
<i>*¿Toma cerveza, vino, y/o alcohol? Cantidad? _____ Cuán frecuente? _____</i> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Do you use or have you ever used marijuana, cocaine, inhalants or other street drugs? Which drug? _____ How Often? _____
How much? _____
<i>*¿Usas o ha usado marijuana, cocaína, inhalantes u otras drogas ilegales?</i>
<i>Cuál? _____ Cuán frecuente? _____</i>
<i>Cantidad? _____</i> |

If you answered yes to either of the above two questions, please answer these:

*Si contesto "Sí" a cualquiera de las últimas dos preguntas mencionadas anteriormente, favor de contestar lo siguiente:

Yes/ Sí	No	Please mark Yes or No to the following questions: <i>*Favor de marcar Sí o No para las siguientes preguntas:</i>
		Have you ever thought about cutting down on your alcohol or drug use? <i>*¿Ha pensado en disminuir la cantidad de alcohol o drogas que usa?</i>
		Have you ever become angry when others criticized your alcohol or drug use? <i>*¿Se ha puesto usted enojado cuando otros le critican su uso de alcohol o drogas?</i>
		Have you ever felt guilty about your drug or alcohol use? <i>*¿Se ha sentido usted culpable por su uso de drogas o alcohol?</i>
		Have you ever used alcohol or drugs as an " eye opener" first thing upon waking? <i>*¿Ha usado alcohol o drogas inmediatamente despues de despertarse?</i>
		Has your drinking or drug use ever affected your relationships with your family, work or school? <i>*¿El uso de drogas o alcohol ha afectado las relaciones con su familia, trabajo o escuela?</i>

Name / Nombre _____ DOB / Fecha de nacimiento _____	Greater Baden Medical Services, Inc. ADULT HISTORY/HISTORIAL DE ADULTOS
--	--

YES/ Sí NO

- Are you concerned that you may have been exposed to Sexually Transmitted Disease (STD) such as chlamydia, HIV, herpes, syphilis or genital warts?**
**Estas preocupado de estar expuesto a un enfermedad sexualmente transmitido tales como chlamydia, SIDA, herpes, sifilis, o verrugas genitales?*
- Have you ever experienced unwanted sexual touch, verbal or physical violence?**
**¿Ha experimentado abuso sexual, verbal o fisico?*
- Are you afraid anyone might hurt you?**
**¿Usted tiene miedo de que alguien le pueda lastimar?*
- During the last month have you often been bothered by little interest or pleasure in doing things?**
**¿Durante el pasado mes, le preocupa el poco interes en las cosas o la falta de placer en las cosas?*
- During the last month have you often been bothered by feeling down, depressed or hopeless?**
**¿Se ha sentido mal al estar deprimido, sin ánimo y sin esperanza durante el último mes?*

(Please place a \surd mark in the boxes below if any of you relatives have had any of these health problems.)
 (Favor de marcar con \surd en los siguientes cuadrados si algunos de sus parientes han tenido algunos de éstas enfermedades.)

FAMILY HISTORY/ <i>HISTORIAL FAMILIAR</i>	Heart disease Enfermedad del corazón	High Blood Pressure Presión alta	Diabetes	Cancer Cáncer	Sickle Cell <i>Anemia perniciosa</i>	Depression Depresión
Father/ <i>Padre</i>						
Mother/ <i>Madre</i>						
Grandmother/ <i>abuela</i>						
Grandfather/ <i>Abuelo</i>						
Brother(s) /						
Sister(s)/						

To the best of my knowledge this health history is accurate and true.
**A mi entender, este historial de salud es exacto y verdadero.*

PATIENT SIGNATURE/ FIRMA DEL PACIENTE: _____

* * * * *

REVIEWER _____ DATE _____

Rev Date/Initial _____ Rev Date/Initial _____ Rev Date/Initial _____ Rev Date/Initial _____

Name / Nombre _____ DOB / Fecha de nacimiento _____	Greater Baden Medical Services, Inc. FEMALE ADULT HISTORY / HISTORIAL FEMENINO
--	---

FEMALE HISTORY / HISTORIAL FEMENINO

- | YES/ Sí | No | |
|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Have you ever had sexual intercourse? (If yes, state age of first intercourse _____)
<i>*¿Ha tenido relaciones sexuales? (Si contestó "sí", anote la edad cuando tuvo su primera experiencia _____.)</i> |
| | | How many sexual partners have you had in the past six (6) months? _____
In your lifetime? _____
<i>¿Cuántas parejas ha tenido en los últimos seis (6) meses? _____</i>
<i>En su vida entera? _____</i> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Are you concerned that you may have been exposed to Sexually Transmitted Disease (STD) such chlamydia, gonorrhea, HIV, herpes, syphilis or genital warts?
<i>*¿Se preocupa usted de la posibilidad de estar expuesta a una enfermedad venerea como chlamydia, gonnorea, VIH, herpes, sífilis o verrugas genitales?</i> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Have you ever been told that you had any of the above? If yes, What: _____ |
| | | During your period, the flow usually lasts how many days? _____
How would you rate the flow? Light _____ Normal _____ Heavy _____
<i>*¿Ha recibido un diagnóstico de algunas de las enfermedades mencionadas anteriormente? Cual: _____</i>
<i>Durante su menstruación, cuanto dura su flujo sanguíneo? _____</i>
<i>¿Como clasifícas el flujo? Poco _____ Normal _____ Bastante _____</i> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Do you bleed between periods?
<i>*¿Sangra usted entre sus periodos?</i> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Do you have any pain or bleeding with intercourse?
<i>*¿Siente dolor o tiene sangramiento cuando tiene relaciones sexuales?</i> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Do you have an unusual vaginal discharge, itch or odor?
<i>*¿Tiene usted una descarga, picazon u olor vaginal anormal?</i> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Have you ever had an internal pelvic exam and Pap test?
Most recent where? _____ Date _____
<i>*¿Ha tenido un examen interno de su pelvis y/o un examen de Papanicolao?</i>
<i>¿Dónde tuvo su examen mas reciente? _____ Fecha _____</i> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Have you been told that your uterus, cervix or pap test was abnormal or that you have ovarian cysts?
<i>*¿Ha recibido un diagnóstico de quistes en los ovarios o de unas anomalidades en los resultados de su examen uterino y su examen de "Pap"?</i> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Do you do a monthly breast self-exam?
<i>*¿Se examina sus senos mensualmente?</i> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Did your mother take any hormones (DES) while pregnant with you?
<i>*¿Su madre tomó hormonas cuando estaba embarazada con usted?</i> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Do you plan to become pregnant in the next 12 to 18 months?
<i>*¿Quiere usted quedarse embarazada en los 12 a 18 meses entrantes?</i> |

