

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:

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

NUTRITION/LIFESTYLE HISTORY (NUTRICION/ESTILO deVIDA)

YES/ Sí NO

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

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

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 _____