

Name / Nombre _____
 DOB / Fecha de nacimiento _____



**GREATER BADEN
 MEDICAL SERVICES**
 Primary and Preventive Health Care

ADULT HISTORY / HISTORIAL DE ADULTOS

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 "Sí", explique por favor: _____

Are you taking any MEDICATION? YES / SI NO
 ¿Toma medicamentos ahora? **If yes complete the following**
 Si contesto "Sí", 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.)? 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.)?

YES / SI NO **If yes complete the following / Si contesto "Sí", complete lo siguiente:**

Herbal Over The Counter / Productos Con Propiedades Medicinales	Dose / Dosis	Frequency / Frecuencia	Reason / Razon

HOSPITALIZATIONS / HOSPITALIZACIONES YES / SI NO **If yes complete the following**
 Si contesto "Sí", complete lo siguiente:

Year / Año	Operation Illness/Injury - Cirugia/ Enfermedad/ Herida	Hospital/ Hospital	Doctor/ Doctor

Name _____
Nombre _____

DOB *Fecha de nacimiento* _____



GREATER BADEN
MEDICAL SERVICES
 Primary and Preventive Health Care

ADULT HISTORY/HISTORIAL DE ADULTOS

Immunizations And Tests/ Vacunas Y Examenes:

DATE/ FECHA		DATE/ FECHA	
	Mammogram/ Mamografía		Hemoccult (blood in stool)/ Sangre Oculta
	PAP (Female exam)/ Papanicolaou		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**
 Primary and Preventive Health Care

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"/> Seizures/Epilepsy – Ataques/ Epilepsia | <input type="checkbox"/> High Blood Pressure/ Presion Alta |
| <input type="checkbox"/> Diarrhea (frequent)/ Diarrea (frecuente) | <input type="checkbox"/> Asthma/ Asma |
| <input type="checkbox"/> Thyroid Problems/ Problemas en las Glándulas Tiroideas | <input type="checkbox"/> HIV/ AIDS – VIH/ SIDA |
| <input type="checkbox"/> Eye Disturbances/ Problemas de Visión | <input type="checkbox"/> Arthritis/ Artritis |
| <input type="checkbox"/> Kidney/ Bladder Disease – Enfermedad del Riñon/ La vejiga | <input type="checkbox"/> Tuberculosis/ Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> Heart Problems/ Enfermedad del Corazón | <input type="checkbox"/> Blood Disorder/ Enfermedad de la Sangre |
| <input type="checkbox"/> Urinary Tract Infections/ Infección en el Tracto Urinario | <input type="checkbox"/> Migraine Headaches/ Migrañas |
| <input type="checkbox"/> Rheumatic Fever/ Fiebre Reumática | <input type="checkbox"/> Cancer/Tumor – Cáncer/ Tumor |
| <input type="checkbox"/> Constipation (Frequent)/ Estreñimiento (frecuente) | <input type="checkbox"/> Pneumonia/ Pulmonía |
| <input type="checkbox"/> Depression/ Depresión | <input type="checkbox"/> Hepatitis/ Hepatitis |
| <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? <input type="checkbox"/> Cigarettes / Cigarrillos <input type="checkbox"/> Pipe / Pipa <input type="checkbox"/> Cigars/ Cigarros |
| | | number of years/ #
<i>de años</i> _____ |
| | | number of packs per day?
<i>cajetillas al día?</i> _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Do you drink beer, wine, and/or hard liquor? <i>¿Toma cerveza, vino, y/o alcohol?</i> |
| | | Amount
<i>Cantidad?</i> _____ |
| | | How often? <i>Cuán frecuente?</i> _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Do you use or have you ever used marijuana, cocaine, inhalants or other street drugs? <i>¿Usas o ha usado marijuana, cocaína, inhalantes u otras drogas ilegales?</i> |
| | | Which drug?
<i>Cuál?</i> _____ |
| | | Amount
<i>Cantidad?</i> _____ |
| | | How often? <i>Cuán frecuente?</i> _____ |

If you answered yes to any of the above two questions, Please mark Yes or No to the following questions:

**Si contesto “Sí” a cualquiera de las últimas dos preguntas mencionadas anteriormente, Favor de marcar*

Name _____
 Nombre _____

DOB Fecha de nacimiento _____



Sí o No para las siguientes preguntas:

YES/ Sí	NO	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Have you ever felt guilty about your drug or alcohol use? *¿Se ha sentido usted culpable por su uso de drogas o alcohol?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Have you ever used alcohol or drugs as an "eye opener" first thing upon waking? *¿Ha usado alcohol o drogas inmediatamente despues de despertarse?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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?

- 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, sífilis, o verrugas genitales?
- Have you ever experienced unwanted sexual touch, verbal or physical violence?**
¿Ha experimentado abuso sexual, verbal o físico?
- 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?

FAMILY HISTORY / HISTORIAL FAMILIAR

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

	Heart disease	High Blood	Diabetes	Cancer Cáncer	Sickle Cell Anemia	Depress ion
--	----------------------	-------------------	----------	-------------------------	------------------------------	--------------------

Name _____
 Nombre _____

DOB Fecha de nacimiento _____



GREATER BADEN
MEDICAL SERVICES
 Primary and Preventive Health Care

ADULT HISTORY / HISTORIAL DE ADULTOS

	<i>Enfermedad del corazón</i>	Pressure <i>Presión alta</i>			<i>perniciosa</i>	<i>Depresión</i>
Father / Padre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mother / Madre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grandmother / Abuela	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grandfather / Abuelo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brother(s) / Hermano(s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sister(s) / Hermana(s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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 _____