



NAME: _____

DATE OF BIRTH: _____

DATE: _____

Family Medicine New Patient History

Formulario de Historia Clínica de un Nuevo Paciente de Medicina Familiar

What name do you like to be called? _____
(¿Qué nombre le gusta que le llamen?)

What is the best number to reach you during the day? () _____ - _____
(¿Cuál es número más conveniente donde podemos localizarlo durante el día?)

MEDICAL History / Historia Clínica

Have you ever been treated for any of the following medical conditions? If yes, please provide details.
(¿Alguna vez ha sido atendido por alguna de las siguientes enfermedades? Si es así, favor de escribir en detalle.)

Medical Condition / Siguietes enfermedades		Details / Escribir en detalle
Cancer (Cáncer)	<input type="checkbox"/> Yes / Sí <input type="checkbox"/> No	
Arthritis (Artritis)	<input type="checkbox"/> Yes / Sí <input type="checkbox"/> No	
Depression / anxiety (Depresión / ansiedad)	<input type="checkbox"/> Yes / Sí <input type="checkbox"/> No	
Diabetes (Diabetes)	<input type="checkbox"/> Yes / Sí <input type="checkbox"/> No	
Heart problems (Problemas del corazón)	<input type="checkbox"/> Yes / Sí <input type="checkbox"/> No	
High blood pressure (Alta presión arterial)	<input type="checkbox"/> Yes / Sí <input type="checkbox"/> No	
High cholesterol (Colesterol alto)	<input type="checkbox"/> Yes / Sí <input type="checkbox"/> No	
Lung problems (Problemas de Pulmones)	<input type="checkbox"/> Yes / Sí <input type="checkbox"/> No	
Thyroid problems (Problemas de la Tiroides)	<input type="checkbox"/> Yes / Sí <input type="checkbox"/> No	
Stroke (Embolia)	<input type="checkbox"/> Yes / Sí <input type="checkbox"/> No	

Other medical problems that are not listed above:
(Otros problemas de salud que no están en la lista anterior):

SURGICAL History / Historia Clínica Quirúrgica

Please list any surgeries you have had along with the date of the surgery.
(Favor de indicar si le han hecho cirugías y las fechas.)

Surgery / Cirugía	Year / Año



NAME: _____

DATE OF BIRTH: _____

DATE: _____

**** Medications and Allergies will be reviewed by clinic staff ****

Do you take any supplements (calcium / vitamin D / fish oil / multivitamin)? Yes No

If yes, please list below:

¿Toma algún complemento (calcio/vitamina D/aceite de pescado/multivitaminas)? Sí No

Si es así, favor de anotar:

FAMILY History / Historial Médico Familiar

Please list problems below about illnesses that may run in your family. For example: diabetes, cancer, heart attacks, high blood pressure, alcohol abuse, depression, osteoporosis

(Favor de anotar problemas médicos en su familia. Por ejemplo: diabetes, cáncer, ataques del corazón, alta presión, abuso de alcohol, depresión, osteoporosis)

Father (Padre):

If living, please state current age (Si vive, favor de indicar la edad actual) _____

If deceased, please list age at time of death (Si murió, favor de indicar a qué edad) _____

Medical Problems (Problemas de salud):

Mother (Madre):

If living, please state current age (Si vive, favor de indicar la edad actual) _____

If deceased, please list age at time of death (Si murió, favor de indicar a qué edad) _____

Medical problems (Problemas de salud):

Brothers / Sisters (Hermanos y Hermanas):

Not applicable / (No aplica)

Number of brothers (Cuántos hermanos) _____ Number of sisters (Cuántas hermanas) _____

Age range (Qué edades) _____

Medical problems (Problemas de salud):

SOCIAL History (Historial Social):

Relationship Status (Estado Civil o situación sentimental actual):

Married / Casado In a relationship / En una relación Single / Soltero Widowed / Viudo

Are you retired? (¿Está ud. jubilado?) Yes / Sí No

If yes, what type of work did you do? (Si es así, ¿qué tipo de trabajo hacía?) _____

Current job (Trabajo Actual): _____

Who do you live with? (¿Con quién vive?) _____

How many children do you have? (¿Cuántos hijos tiene?) _____

NAME: _____

DATE OF BIRTH: _____

DATE: _____

TOBACCO Use / Consumo de tabaco

Do you smoke or chew tobacco

(*Fuma cigarros o mastica tabaco*)

Yes / Sí No

If your answer is "Yes" please fill in the year you started

(*Si contestó que "Sí" favor de indicar en qué año empezó a fumar*): _____

If you used to smoke or chew, please fill in the year you quit

(*Si usted fumaba o masticaba tabaco, favor de indicar en qué año dejó de hacerlo*) _____

How many packs per day did you smoke? Or cans a day did you chew?

(*¿Cuántas cajetillas al día fumaba o cuántas latitas al día masticaba?*) _____

Passive (second-hand) smoke exposure?

(*¿Está expuesto(a) al humo de segunda mano?*) Yes / Sí No

ALCOHOL Use / Consumo de Alcohol

Do you drink alcohol? (*¿Toma usted alcohol?*) Yes / Sí No

If your answer is "Yes," what type of alcohol do you drink?

(*Si contestó que "Sí," ¿qué tipo de alcohol toma usted?*)

Beer (*Cerveza*) Wine (*Vino*) Liquor (*Licor*)

How often do you drink?

(*¿Qué tan seguido toma?*)

Daily (*a diario*) Weekly (*cada semana*)

Monthly (*cada mes*) Yearly (*cada año*)

How many drinks at one time do you drink?

(*¿Cuántas bebidas toma en cada ocasión?*) 1 - 2 3 - 4 more than 4 / *más de 4*

DRUG Use / Consumo de drogas

Never (*Nunca*) Past (*Consumía*) Current (*Consumo*)

Prefer to discuss with healthcare provide (*Prefiere hablar de eso con el médico/doctora*)

If you answered "Past" or "Current," please list drug type and how many times per week you are using it.

(*Si contestó que "consumía o consume", favor de indicar qué tipo de droga y cuántas veces por semana las está consumiendo*):

SEXUAL History / Historial Sexual

Have you ever had sex? (*¿Ha tenido sexo alguna vez?*)

Yes / Sí No

Are you currently sexually active? (*¿Está usted sexualmente activa(o)?*)

Yes / Sí No

Any problems with sexual function? (*¿Tiene problemas con la función sexual?*)

Yes / Sí No

If yes, please provide details. (*Si es así, favor de escribir en detalle*):

NAME: _____

DATE OF BIRTH: _____

DATE: _____

Domestic VIOLENCE / Violencia Doméstica:

Do you feel safe at home? (*¿ Se siente usted segura(o) en casa?*) Yes / Sí No

Are you currently being hit, punched, kicked, or slapped by anyone?
(*¿Alguien la golpea, le da puñetazos, pateo o cachetea?*) Yes / Sí No

Do you need to discuss violence at home with your healthcare provider?
(*¿ Necesita usted hablar sobre violencia doméstica con su doctor(a)?*) Yes / Sí No

Do you feel you ever have been abused verbally, physically, or sexually?
(*¿Siente que alguna vez ha sido abusado(a) de forma verbal, física o sexual?*) Yes / Sí No

WOMENS' Medical History / Historia Clínica de la Mujer

Do you still have your periods? (*¿ Todavía le baja la regla?*) Yes / Sí No

Periods are (*Sus períodos son*): Regular / Regulares Irregular / Irregulares

Date of last period (*Fecha de su última regla*): _____

Have you had a hysterectomy (*Le hicieron histerectomía*): Yes / Sí No

If yes, at what age? (*Si es así, ¿a qué edad?*): _____

Reason (*Motivo*) _____

Number of pregnancies (*Número de embarazos*): _____

- Vaginal deliveries (*Partos Vaginales*) _____
- C-sections (*Cesáreas*) _____
- Other (stillbirth, miscarriage, abortion) / *Otro (nacido muerto, aborto involuntario, aborto)* _____

Current Birth Control / Anticoncepción actual:

Mark all that apply (*Marque la casilla que corresponde*)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> None (<i>Ninguno</i>) | <input type="checkbox"/> IUD (<i>Dispositivo</i>) |
| <input type="checkbox"/> Abstinence (<i>Abstinencia</i>) | <input type="checkbox"/> Pill / Patch / Ring (<i>Pastilla / parche / anillo</i>) |
| <input type="checkbox"/> Condom (<i>Condón</i>) | <input type="checkbox"/> Rhythm (<i>Método del ritmo</i>) |
| <input type="checkbox"/> Depo-Provera | <input type="checkbox"/> Sponge (<i>Esponja</i>) |
| <input type="checkbox"/> Hysterectomy (<i>Histerectomía</i>) | <input type="checkbox"/> Tubes tied (<i>Ligación de trompas</i>) |
| <input type="checkbox"/> Implant (<i>Implante</i>) | <input type="checkbox"/> Vasectomy (<i>Vasectomía</i>) |

Pap Smear / Papanicolaou:

Date of last pap smear (*Fecha de su último Papanicolaou*): _____ Never / Nunca

Have you ever had an abnormal pap in the past five years?
(*¿Ha salido anormal la prueba del Papanicolaou en los últimos 5 años?*) Yes / Sí No

Mammogram / Mamografía:

Date of last mammogram (*Fecha de su última mamografía*): _____ Never / Nunca