



Nuevo Paciente Adulto – Historial Médico

Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Fecha de Hoy: _____

For Internal Use Only:

Does patient need a translator? Yes No WHC Employee Initial _____

Does patient need assistance with reading or writing? Yes No WHC Employee Initial _____

Favor de listar otros medicos que se ven: Please list the other doctors you see:

Lista cualquier alergia que tiene: Please list any allergies:

Historial Médico	Si	No		Si	No		Si	No
Reflujo Acid Reflux			Colesterol Alto High Cholesterol			Convulsiones Seizure Disorder		
Anciedad Anxiety			Agrandamiento de la Próstata Enlarged Prostate			Cerebral Stroke		
Asma Asthma			Ataque del Corazón Heart Attack			Alergias Estacionales Seasonal Allergies		
Trastorno Bipolar Bipolar Disorder			Problema con la válvula del corazón Heart Valve Problems			Abuso de Drogas/ Alcolismo Substance Abuse/Alcoholism		
Coágulo Blood Clot			Hepatitis			Problemas con los Tiroides Thyroid Problem		
Cancer Cancer			Hemofilia Hemophilia			Tuberculosis Tuberculosis		
Dolor Crónico Chronic Pain			Enfermedad de los Riñones Kidney Disease			Otro:		
EPOC COPD			VIH/SIDA HIV/AIDS			Otro:		
Coronary Artery Disease Coronary Artery Disease			Migrañas Migraines			Otro:		
Crohn's Dis/Ulcerative Colitis Crohn's Disease/Ulcerative Colitis			Enfermedad de la Arteria Perifial Peripheral Artery Disease			Otro:		
Depresión Depression			Artritis Reumatoide Rheumatoid Disease			Otro:		
Diabetes Diabetes								
Hipertensión Hypertension								

Historia de Cirugias –Surgical History		Año			Año
<input type="checkbox"/>	Quitar Los apendices Appendix Removed		<input type="checkbox"/>	Reparacion de una hernia (Tipo:) Hernia Repair	
<input type="checkbox"/>	Cirugia de la Espalda Back Surgery		<input type="checkbox"/>	Histerectomia: Parcial o Completo Hysterectomy: Partial or Complete	
<input type="checkbox"/>	Cirugia de la Vejiga Bladder Surgery		<input type="checkbox"/>	Cirugia Ortopédico Orthopedic Surgery	
<input type="checkbox"/>	Cataratas Cataract		<input type="checkbox"/>	Extracción de las almígdalas Tonsils Removed	
<input type="checkbox"/>	Cesárea C Section		<input type="checkbox"/>	Ligadura de trompas Tubal Ligation	
<input type="checkbox"/>	Tubos en los oidos Ear Tubes		<input type="checkbox"/>	Vasectomia Vasectomy	
<input type="checkbox"/>	Caterismo Cardaco Heart Catheterization		<input type="checkbox"/>	Otra:	
<input type="checkbox"/>	Extracción de la Vesícula biliar Gall Bladder Removed		<input type="checkbox"/>	Otra:	
<input type="checkbox"/>	Cirugia del Corazon Heart Bypass		<input type="checkbox"/>	Otra:	

Historia de Familia: Marque cuales miembros do su familia han tenido lo siguiente

Family History	Nadie None	Madre Mother	Padre Father	Hermana Sister	Hermano Brother	Otro Other
Cancer Tipo: _____ Cancer Type	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Colesterol Alto High Cholesterol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes Mellitus Diabetes Mellitus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad de Corazón Heart Disease	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hypertensión Hypertension	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad Mental Mental Illness	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cerebral Stroke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abuso de Drogas/ Alcohol Substance Abuse/Alcoholism	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otro (especifique): _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Historial Social

Social History

Casado **Married** Soltero **Single** Viudo(a) **Widow** Divorciado **Divorced**

Tiene Niños? Si No ¿Cuántos? _____ ¿Tiene Ud Custodia? Si No
Children? **Yes** **No** **Number?** **Do you have custody?**

Ocupación **Occupation** _____ Retirado **Retired**

Discapacitado **Disabled** Porque? **Reason:** _____

El consumo de Tabaco Nunca Dejé de Fumar (fecha) _____ Todavía fumo: cigarrillos mastico Cigarros Pipe
Tobacco Use **None** **Quit (date)** **Still Use:** **cigarettes** **Smokeless** **Cigars** **Pipe**

¿Cuánto usa o usaba cada día? ½ paquete/latas 1 paquete/latas
Check the amount you use per day **½ pack/can** **1 pack/can**

¿Por cuantos años ha fumado? _____ 2 paquete/latas Mas
How many years have you smoked? **2 packs/cans** **More**

Uso de Alcohol Nunca (1 taza de licor, 1 taza de vino or 1 botella de cerveza)
Alcohol Use **None (a drink is one shot of liquor, 1 glass of wine, 1 bottle of beer)**

Menos de 1 vaso/mes 1-15 vasos/ mes 4-14 vasos/ semanal mas de 2 vasos al dia
Less than 1 drink/mo **1-15 drinks/month** **4-14/drinks/week** **More tan 2 drinks/day**

Uso de Drogas Si No Deje de usar fecha _____ si usas todovia – que usas? _____
Drug Use **Yes** **No** **Quit (date)** **If yes, what do you use regularly?**

Ha tenido prueba de VIH-SIDA Si No ¿Cuándo – y dónde? _____
HIV Aids Screening **Yes** **No** **If yes when where?**

Mantenimiento

Health Maintenance

Usa Cinturones de Seguridad? Siempre A veces Nunca
Do you wear seatbelts? **Always** **Sometimes** **Never**

¿ Ha ido al Dentista durante el año pasado? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Have you seen a dentist in the past year?	
Fecha de su última Colonoscopia: _____ Date of Last Colonoscopy	Fecha de su ultima vacuna de neumonia: _____ Date of last pneumonia shot?
Fecha de su Vacuna de tetanos: _____ Date of last tetanus	Fecha de su ultima vacuna de herpes: _____ Date of last singles shot?
Fecha de su Vacuna de gripe: _____ Date of last flu shot?	Fecha de su ultima Examen de los ojos: _____ Date of last eye exam

Mujeres Solamente:
Women Only

Fecha de su ultima mamograma: _____ Date of last mammogram	Número de Embarazo: _____ Date of last pap smear
Fecha de su ultima papanicolao? _____ Number of pregnancies	

Medicaciones Actuales *si necesita más líneas pide otro papel.
Current Medications If you need more lines, please request another form

Niguno **None**

Nombre de las Medicinas Name of Medication	Mg Strength	Con que frecuencia How often?	Razon por la Medicina Reason for Medication

Tiene ud una directiva avanzada:
Advanced Directives/Living Wills

Tiene una directiva? Do you have an advanced directive/living will?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Favor de darnos una copia. If yes, please give a copy to the front desk.	
Me gustaria tener mas informacion sobre eso? If no, would you like more information?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

Nombre de la persona llenando esta forma : _____
Name of person completing the form

Firma del Paciente: _____
Patient Signature