

Nombre (Name): _____ Fecha (Date): _____

HISTORIA FAMILIAR (Family history)

FAMILIA (Family) Haga una lista de todos sus parientes vivos o fallecidos. Si no tiene suficiente espacio marque una (X) aquí:	AÑO DE NACIMIENTO Y ESTADO DE SALUD (Year Of Birth/Health Status) Ponga el año de nacimiento de sus parientes y coloque una (X) para indicar si tiene buena o mala salud.		ENFERMEDADES (Illnesses) Marque con una (X) en la columna que corresponde a la enfermedad de la que usted o su pariente padecen o padeció.						FALLECIMIENTOS (Deaths) Si alguno de los parientes que usted anotó ha fallecido, anote la causa de muerte y la edad que tuvo al fallecer en las siguientes columnas.	
	Año de nacimiento (Year of Birth)	Buena Salud (Good)	Mala salud (Poor)	Infarto (Heart Attacks)	Hipertensión (High Blood Pressure)	Tuberculosis	Cáncer	Diabetes	Causa de Muerte (Cause of Death)	Edad (Age)
Padre (Father):										
Madre (Mother):										
Hermanos(as) (Brothers and/or Sisters):										
Espos(a) (Spouse):										
Hijos (Children):										
Abuelos: (indique sólo las enfermedades con una (X).) (Grandparents: (Mark an (X) for illnesses only.))										

ESTILO DE VIDA (Lifestyle)

<input type="checkbox"/> Sí (Yes) <input type="checkbox"/> No ¿Usa productos de tabaco regularmente? (Do you use tobacco regularly?) <input type="checkbox"/> Cigarrillo (Cigarette) <input type="checkbox"/> Pipa (Pipe) <input type="checkbox"/> Cigarro (Cigar) <input type="checkbox"/> Mastica tabaco (Chew) Si es que sí, ¿por cuánto tiempo? (If yes, how long?) _____ ¿Qué cantidad? (How much?) _____ <input type="checkbox"/> Sí (Yes) <input type="checkbox"/> No ¿Usted toma más de 6 tazas de café al día? (Do you drink over 6 cups of coffee a day?) <input type="checkbox"/> Sí (Yes) <input type="checkbox"/> No ¿Usted toma bebidas alcohólicas regularmente? (Do you drink alcohol regularly?) <input type="checkbox"/> 1 oz al día (oz per day) <input type="checkbox"/> 2 oz al día (oz per day) <input type="checkbox"/> 4 oz al día (oz per day) <input type="checkbox"/> Más de 4oz al día (over 4 oz per day) Cerveza: <input type="checkbox"/> 1 botella al día (bottle per day) <input type="checkbox"/> 2 botellas al día (bottle per day) (Beer) <input type="checkbox"/> Más de 2 botellas al día (over 2 bottles per day) Si es que toma alcohol (If you drink alcohol): <input type="checkbox"/> Sí (Yes) <input type="checkbox"/> No ¿Alguna vez ha sentido la necesidad de reducir la cantidad que toma? (Have you ever felt the need to cut down on your drinking?) <input type="checkbox"/> Sí (Yes) <input type="checkbox"/> No ¿Alguna vez se ha molestado porque le critican la cantidad que toma? (Have you felt annoyed by criticism about your drinking?) <input type="checkbox"/> Sí (Yes) <input type="checkbox"/> No ¿Se ha sentido culpable por tomar? (Have you had guilty feelings about your drinking?) <input type="checkbox"/> Sí (Yes) <input type="checkbox"/> No ¿Se abrocha el cinturón de seguridad regularmente? (Do you wear a seat belt regularly?) <input type="checkbox"/> Sí (Yes) <input type="checkbox"/> No ¿Está sobrellevando bien el estrés? (Are you coping well with your stress?) <input type="checkbox"/> Sí (Yes) <input type="checkbox"/> No ¿Con frecuencia se siente usted deprimido(a) o decaído(a) por más de unos días sin ninguna causa aparente? (Do you often feel depressed or down for more than a few days with no apparent cause?)	<input type="checkbox"/> Sí (Yes) <input type="checkbox"/> No ¿Usted trabaja? (Are you employed?) Si es que sí, ¿Cuál es su ocupación? _____ (If yes, what is your occupation?) ¿Cuántas horas trabaja por semana? (How many hours do you work per week?) _____ <input type="checkbox"/> Sí (Yes) <input type="checkbox"/> No ¿Usted hace ejercicios regularmente? (Do you regularly exercise?) ¿Qué tipo de ejercicios? (How?) _____ <input type="checkbox"/> Sí (Yes) <input type="checkbox"/> No ¿Usted tiene alguna limitación alimenticia? (Do you have any dietary restrictions?) Si es que sí, ¿Cuál es? (If so, what?) _____ <input type="checkbox"/> Sí (Yes) <input type="checkbox"/> No ¿Usted tiene sus vacunas al día? (Are you up to date on immunizations?) ¿Cuándo fue la última vez que se puso la vacuna contra el tétano? (When was your last tetanus shot?) _____ ¿La vacuna contra la influenza? (Flu shot?) _____ ¿La vacuna contra la pulmonía? (Pneumonia shot?) _____ ¿Cuántas comidas consume al día? _____ (How many meals do you eat per day?) ¿Cuántas horas duerme al día? _____ (How many hours of sleep do you get per night?) ¿Cuáles son sus pasatiempos y actividades recreacionales principales? (What are your major hobbies and recreational activities?) _____ ¿Cuánto tiempo de ocio se permite al día? _____ (How much recreational time do you allow yourself per day?)
---	---

MEDICAMENTOS (Medications)

Escriba aquí los medicamentos que toma (dosis y frecuencia) (List medications that you take (dose and frequency)):

Escriba aquí cualquier alergia que tenga a medicamentos (List allergies to any medications):

ANTECEDENTES MÉDICOS (Past History)

Anote cualquier cirugía que haya tenido (incluya el año en que fue operado(a)) (List any surgeries and the year of occurrence):

Anote cualquier enfermedad significativa que haya padecido y el año en que se enfermó (List any significant diseases and the year of occurrence):

Anote cualquier lesión grave o accidentes y el año que aconteció (List any serious injuries or accidents and the year of occurrence):

REVISIÓN DE LOS SISTEMAS (Marque la casilla apropiada y trace un círculo alrededor de los temas que le gustaría tratar con su médico) (Review Of Systems)

For English speakers: Frecuentemente = Frequently Ocasionalmente = Occasionally Nunca = Never

PIEL (Skin)

¿Alguna vez ha sufrido de problemas de la piel – sarpullido, eczema, acné, cáncer de piel? (Have you had any skin trouble – rashes, eczema, acne, skin cancer?)	<input type="checkbox"/> Frecuentemente	<input type="checkbox"/> Ocasionalmente	<input type="checkbox"/> Nunca
¿Usted tiene alguna neoplasia en la piel o lunares que han aumentado de tamaño o cambiado de color? (Have any skin growths or moles increased in size or changed color?)	<input type="checkbox"/> Sí (Yes)	<input type="checkbox"/> No	

Anote cualquier otro problema con la piel (List any other skin problems):

CABEZA (Head)

¿A usted le dan dolores de cabeza fuertes? (Do you have severe headaches?)	<input type="checkbox"/> Frecuentemente	<input type="checkbox"/> Ocasionalmente	<input type="checkbox"/> Nunca
¿A usted le dan episodios de mareo o adormecimiento, hormigueo o debilidad en cualquier parte del cuerpo? (Do you have episodes of dizziness or numbness, tingling or weakness in any part of your body?)	<input type="checkbox"/> Frecuentemente	<input type="checkbox"/> Ocasionalmente	<input type="checkbox"/> Nunca

Anote aquí cualquier otro problema que ha tenido con la cabeza (List any other head problems):

OJOS- OÍDOS (Eyes-Ears)

¿Tiene problemas de audición? (Do you have any trouble hearing?)	<input type="checkbox"/> Frecuentemente	<input type="checkbox"/> Ocasionalmente	<input type="checkbox"/> Nunca
¿Usted usa anteojos o lentes de contacto? (Do you wear glasses or contacts?)	<input type="checkbox"/> Frecuentemente	<input type="checkbox"/> Ocasionalmente	<input type="checkbox"/> Nunca
¿Usted ve doble o pierde la visión temporalmente? (Do you see double or does your eyesight black out?)	<input type="checkbox"/> Frecuentemente	<input type="checkbox"/> Ocasionalmente	<input type="checkbox"/> Nunca

¿Cuándo fue la última vez que tuvo un examen de ojos por un optometrista/oftalmólogo?
(When was the last time you had your eyes examined by an optometrist/ophthalmologist?)

Anote cualquier otro problema con los ojos o los oídos (List any other eye or ear problems):

NARIZ (Nose)

¿Usted tiene algún problema con alergias, estornudos o problemas sinusales? (Do you have any problems with allergies, sneezing or sinuses?)	<input type="checkbox"/> Frecuentemente	<input type="checkbox"/> Ocasionalmente	<input type="checkbox"/> Nunca
--	---	---	--------------------------------

Anote aquí cualquier otro problema con la nariz (List any other nose problems):

BOCA (Mouth)

Anote cualquier problema con la boca (List any mouth problems):

RESPIRATORIO (PECHO) (Respiratory (Chest))

¿Usted sufre de asma? (Do you have asthma?)	<input type="checkbox"/> Frecuentemente	<input type="checkbox"/> Ocasionalmente	<input type="checkbox"/> Nunca
¿Usted tose? (Do you cough?)	<input type="checkbox"/> Frecuentemente	<input type="checkbox"/> Ocasionalmente	<input type="checkbox"/> Nunca
Cuando tose ¿expectora esputo o flema? (Do you cough up sputum or phlegm?)	<input type="checkbox"/> Frecuentemente	<input type="checkbox"/> Ocasionalmente	<input type="checkbox"/> Nunca
¿Alguna vez ha expectora sangre? (Have you coughed up blood?)	<input type="checkbox"/> Frecuentemente	<input type="checkbox"/> Ocasionalmente	<input type="checkbox"/> Nunca
¿Alguna vez ha tenido tuberculosis o ha vivido con alguien que tenía tuberculosis? (Have you had tuberculosis or lived with someone who had tuberculosis?)	<input type="checkbox"/> Sí (Yes)	<input type="checkbox"/> No	
¿Usualmente le falta aire cuando es activo(a)? Dé un ejemplo: _____ (Do you get unusually short of breath with activity? Give an example)	<input type="checkbox"/> Frecuentemente	<input type="checkbox"/> Ocasionalmente	<input type="checkbox"/> Nunca

Anote aquí cualquier otro problema respiratorio (con el pecho): _____
(List any other respiratory (chest) problems)

CARDIOVASCULAR (CORAZÓN) (Cardiovascular (Heart))

¿Usted padece de hipertensión? (Have you had high blood pressure?)	<input type="checkbox"/> Sí (Yes)	<input type="checkbox"/> No	
¿Ha tenido un infarto cardíaco? (Have you had a heart attack?)	<input type="checkbox"/> Sí (Yes)	<input type="checkbox"/> No	
¿Siente dolor en el pecho (angina) cuando camina, trabaja o sube las escaleras? (Do you have pains in your chest (angina) when walking, working or climbing stairs?)	<input type="checkbox"/> Frecuentemente	<input type="checkbox"/> Ocasionalmente	<input type="checkbox"/> Nunca
¿Su corazón late irregularmente o rápidamente? (Does your heart beat irregularly or rapidly?)	<input type="checkbox"/> Frecuentemente	<input type="checkbox"/> Ocasionalmente	<input type="checkbox"/> Nunca
¿Alguna vez ha sentido la necesidad de dormir incorporado(a) para poder respirar de noche? (Do you have to prop up in bed at night to breathe?)	<input type="checkbox"/> Frecuentemente	<input type="checkbox"/> Ocasionalmente	<input type="checkbox"/> Nunca
¿Siente calambres en las pantorrillas o los muslos después de caminar? (Do you have cramping in your calves or thighs after walking?)	<input type="checkbox"/> Frecuentemente	<input type="checkbox"/> Ocasionalmente	<input type="checkbox"/> Nunca

Anote aquí cualquier otra preocupación que tenga sobre problemas cardiovasculares: _____
(List any other cardiovascular (heart) concerns)

GASTROINTESTINAL (ESTÓMAGO) (Gastrointestinal (Stomach))

¿Ha tenido úlceras en el estómago? (Have you had stomach ulcers?)	<input type="checkbox"/> Sí (Yes)	<input type="checkbox"/> No	
¿Ha tenido cálculos en la vesícula o problemas de la vesícula? (Have you had gallstones or gallbladder trouble?)	<input type="checkbox"/> Sí (Yes)	<input type="checkbox"/> No	
¿Ha tenido ictericia (ojos amarillentos) o hepatitis? (Have you had jaundice (yellow eyes) or hepatitis?)	<input type="checkbox"/> Sí (Yes)	<input type="checkbox"/> No	
¿Ha padecido de hemorroides rectales? (Have you had rectal hemorrhoids?)	<input type="checkbox"/> Sí (Yes)	<input type="checkbox"/> No	
¿Usted tiene sangrado por el recto? (Do you experience rectal bleeding?)	<input type="checkbox"/> Frecuentemente	<input type="checkbox"/> Ocasionalmente	<input type="checkbox"/> Nunca
¿Usted se estriñe? (Do you experience constipation?)	<input type="checkbox"/> Frecuentemente	<input type="checkbox"/> Ocasionalmente	<input type="checkbox"/> Nunca
¿Usted sufre de indigestión? (Do you experience indigestion?)	<input type="checkbox"/> Frecuentemente	<input type="checkbox"/> Ocasionalmente	<input type="checkbox"/> Nunca

Anote aquí cualquier otro problema gastrointestinal (estómago) que tenga: _____
(List any other gastrointestinal (stomach) problems)

GENITO-URINARIO (RIÑONES) (Genito-Urinary (Kidney))

¿Algunas vez ha tenido sangre en la orina? (Have you had blood in your urine?)	<input type="checkbox"/> Frecuentemente	<input type="checkbox"/> Ocasionalmente	<input type="checkbox"/> Nunca
¿Tiene problemas para parar o iniciar el flujo de la orina? (Do you have trouble starting or stopping your stream?)	<input type="checkbox"/> Frecuentemente	<input type="checkbox"/> Ocasionalmente	<input type="checkbox"/> Nunca
¿Se levanta más de una vez durante la noche para orinar? (Do you have to get up more than once during the night to urinate?)	<input type="checkbox"/> Frecuentemente	<input type="checkbox"/> Ocasionalmente	<input type="checkbox"/> Nunca
¿Algunas veces pierde el control urinario? (Do you lose control of your bladder?)	<input type="checkbox"/> Frecuentemente	<input type="checkbox"/> Ocasionalmente	<input type="checkbox"/> Nunca
¿Utiliza algún método anticonceptivo? ¿Cuál?: _____ (Do you use birth control? Which type?)	<input type="checkbox"/> Sí (Yes)	<input type="checkbox"/> No	

Anote aquí cualquier otro problema genito-urinario (riñones): _____
(List any other genito-urinary (kidney) problems)

HUESOS – ARTICULACIONES – MÚSCULOS (Bones – Joint – Muscles)

¿Le duelen las articulaciones, están hinchadas o rígidas? (Are your joints painfully swollen or stiff?)	<input type="checkbox"/> Frecuentemente	<input type="checkbox"/> Ocasionalmente	<input type="checkbox"/> Nunca
¿Alguna vez ha tenido problemas serios con la espalda? (Have you had serious back trouble?)	<input type="checkbox"/> Frecuentemente	<input type="checkbox"/> Ocasionalmente	<input type="checkbox"/> Nunca
¿Usted padece de artritis? (Do you have arthritis?)	<input type="checkbox"/> Sí (Yes)	<input type="checkbox"/> No	

Anote cualquier otro problema con los huesos, las articulaciones o los músculos: _____
(List any other bone, joint, or muscle problems)

ENDOCRINO (GLÁNDULAS) (Endocrine (Glands))

¿Ha tenido algún problema con la tiroides? (Have you had any thyroid problems?)	<input type="checkbox"/> Sí (Yes)	<input type="checkbox"/> No
¿Siempre se siente con hambre o sed? (Are you hungry or thirsty at all times?)	<input type="checkbox"/> Frecuentemente	<input type="checkbox"/> Ocasionalmente <input type="checkbox"/> Nunca
¿Orina más de lo que cree que debiera? (Do you urinate more than you think you should?)	<input type="checkbox"/> Frecuentemente	<input type="checkbox"/> Ocasionalmente <input type="checkbox"/> Nunca
¿Ha padecido de gota? (Have you had gout?)	<input type="checkbox"/> Sí (Yes)	<input type="checkbox"/> No
¿Padece de diabetes? (Do you have diabetes?)	<input type="checkbox"/> Sí (Yes)	<input type="checkbox"/> No
¿Recientemente ha aumentado o perdido peso sin tratar? Si es que sí, ¿cuánto peso? _____ (Have you gained or lost weight recently without trying? If so, how much?)	<input type="checkbox"/> Sí (Yes)	<input type="checkbox"/> No

Anote cualquier otro problema endocrino (List any other endocrine (glands) problems): _____

GENERAL

¿Ha notado alguna inflamación o protuberancia en su cuello, axilas o ingle? (Have you noticed any swelling or a lump in your neck, armpits or groin?)	<input type="checkbox"/> Sí (Yes)	<input type="checkbox"/> No
¿Tiene algún problema para dormirse o permanecer dormido? (Do you have trouble falling asleep or staying asleep?)	<input type="checkbox"/> Sí (Yes)	<input type="checkbox"/> No
¿Ha tenido un colapso nervioso? (Have you had a nervous breakdown?)	<input type="checkbox"/> Sí (Yes)	<input type="checkbox"/> No

PREGUNTAS ADICIONALES PARA HOMBRES SOLAMENTE (Additional Questions For Men Only)

¿Alguna vez ha tenido algún problema con la glándula de la próstata? (Have you ever had any prostate gland trouble?)	<input type="checkbox"/> Sí (Yes)	<input type="checkbox"/> No
¿Alguna vez ha tenido problemas de erección? (Do you have trouble with erections?)	<input type="checkbox"/> Sí (Yes)	<input type="checkbox"/> No

Anote cualquier otro problema de varones (List any other male problems): _____

PREGUNTAS ADICIONALES PARA MUJERES SOLAMENTE (Additional Questions For Women Only)

¿Sus menstruaciones son irregulares? (Are your periods irregular?)	<input type="checkbox"/> Frecuentemente	<input type="checkbox"/> Ocasionalmente	<input type="checkbox"/> Nunca
¿Padece de muchos cólicos durante su menstruación? (Do you have a lot of cramping with your period?)	<input type="checkbox"/> Frecuentemente	<input type="checkbox"/> Ocasionalmente	<input type="checkbox"/> Nunca
¿Durante este último año ha tenido sangrado vaginal aparte de su menstruación? (Have you, within the past year, had vaginal bleeding other than at the time of a period?)	<input type="checkbox"/> Sí (Yes)	<input type="checkbox"/> No	
¿Alguna vez ha tenido un bulto en sus senos? (Have you had a lump in your breast?)	<input type="checkbox"/> Sí (Yes)	<input type="checkbox"/> No	
¿Alguna vez ha estado embarazada? Si es que sí, ¿Cuántas veces? _____ (Have you ever been pregnant? (If yes, how many times?)	<input type="checkbox"/> Sí (Yes)	<input type="checkbox"/> No	
Número de hijos vivos (Number of living children): _____			

¿Cuándo fue el primer día de su última menstruación? _____
(When was the first day of your last period?)

¿Cuándo fue su última prueba de Papanicolaou? _____
(When was your last pap smear?)

Anote cualquier otro problema de mujeres (List any other female problems): _____

DENTAL

¿Alguna vez ha sentido dolor en la articulación mandibular (dolor enfrente del oído)? (Have you had any pain in your jaw joints (pain in front of your ear)?)	<input type="checkbox"/> Frecuentemente	<input type="checkbox"/> Ocasionalmente	<input type="checkbox"/> Nunca
--	---	---	--------------------------------

¿Cuándo fue su última examinación dental? (When was your last dental exam?) _____

INFORMACIÓN ADICIONAL (Additional Information)

Por favor anote cualquier otra inquietud o cualquier otro problema (Please list any other concerns or problems):
