

ENGLISH	SPANISH																																																																								
Adult History Questionnaire This questionnaire will become a Confidential and Private part of your medical record as provided by law. We encourage you to fill out the entire form. If you do not answer a question, you may leave it blank. Name _____ Date _____ Birthday _____ Others living in your house; Relationship _____ What is your level of education? _____ What is your present job? _____ Do you have cultural or religious needs that would affect your medical care? _____ Which category best describes your race/ethnicity? ☐ Black, not of Hispanic origin ☐ Hispanic ☐ White, not of Hispanic origin ☐ Other ☐ Asian or Pacific Islander ☐ American Indian or Alaskan Native Past Medical History: Have you had any of the following? <table><thead><tr><th>Yes</th><th>No</th><th></th><th>Yes</th><th>No</th><th></th></tr></thead><tbody><tr><td>_____</td><td>_____</td><td>Severe headaches</td><td>_____</td><td>_____</td><td>Rheumatic Fever</td></tr><tr><td>_____</td><td>_____</td><td>Vision Problems</td><td>_____</td><td>_____</td><td>Stroke</td></tr><tr><td>_____</td><td>_____</td><td>Glaucoma</td><td>_____</td><td>_____</td><td>High cholesterol</td></tr><tr><td>_____</td><td>_____</td><td>Glasses</td><td>_____</td><td>_____</td><td>Blood Clots (lungs or legs)</td></tr><tr><td>_____</td><td>_____</td><td>Hearing problems</td><td>_____</td><td>_____</td><td>Blood Vessel Problems</td></tr></tbody></table>	Yes	No		Yes	No		_____	_____	Severe headaches	_____	_____	Rheumatic Fever	_____	_____	Vision Problems	_____	_____	Stroke	_____	_____	Glaucoma	_____	_____	High cholesterol	_____	_____	Glasses	_____	_____	Blood Clots (lungs or legs)	_____	_____	Hearing problems	_____	_____	Blood Vessel Problems	Historia - Cuestionario de Adulto El contenido de este cuestionario, como parte de su historial médico, es confidencial y privado según lo requiere la ley. Se recomienda llenar el formulario completo. Si no desea responder alguna pregunta, puede dejarla en blanco. Nombre completo: _____ Fecha de hoy: _____ Fecha de nacimiento: _____ ¿Quiénes viven con usted?: _____ Parentesco: _____ Nivel de de educación: _____ Trabajo actual: _____ ¿Su cultura o religión limitan el tipo de tratamiento médico que puede recibir? _____ _____ ¿Cuál de las siguientes categorías describe su raza/grupo étnico? ☐ Persona de color, no hispana ☐ Hispano ☐ Blanco, de origen no hispano ☐ Otro ☐ Asiático o isleño del Pacífico ☐ Indio Americano o Nativo de Alaska Historia médica previa: ¿Ha sufrido alguno de los siguientes padecimientos? <table><thead><tr><th>SÍ</th><th>NO</th><th></th><th>SÍ</th><th>NO</th><th></th></tr></thead><tbody><tr><td>☐</td><td>☐</td><td>Dolores de cabeza severos reumática</td><td>☐</td><td>☐</td><td>Fiebre</td></tr><tr><td>☐</td><td>☐</td><td>Glaucoma cerebral</td><td>☐</td><td>☐</td><td>Embolia</td></tr><tr><td>☐</td><td>☐</td><td>Problemas de la vista</td><td>☐</td><td>☐</td><td>Colesterol alto</td></tr><tr><td>☐</td><td>☐</td><td>Lentes los pulmones o las piernas</td><td>☐</td><td>☐</td><td>Coágulos en</td></tr><tr><td>☐</td><td>☐</td><td>Problemas auditivos los vasos sanguíneos</td><td>☐</td><td>☐</td><td>Problemas de</td></tr></tbody></table>	SÍ	NO		SÍ	NO		☐	☐	Dolores de cabeza severos reumática	☐	☐	Fiebre	☐	☐	Glaucoma cerebral	☐	☐	Embolia	☐	☐	Problemas de la vista	☐	☐	Colesterol alto	☐	☐	Lentes los pulmones o las piernas	☐	☐	Coágulos en	☐	☐	Problemas auditivos los vasos sanguíneos	☐	☐	Problemas de
Yes	No		Yes	No																																																																					
_____	_____	Severe headaches	_____	_____	Rheumatic Fever																																																																				
_____	_____	Vision Problems	_____	_____	Stroke																																																																				
_____	_____	Glaucoma	_____	_____	High cholesterol																																																																				
_____	_____	Glasses	_____	_____	Blood Clots (lungs or legs)																																																																				
_____	_____	Hearing problems	_____	_____	Blood Vessel Problems																																																																				
SÍ	NO		SÍ	NO																																																																					
☐	☐	Dolores de cabeza severos reumática	☐	☐	Fiebre																																																																				
☐	☐	Glaucoma cerebral	☐	☐	Embolia																																																																				
☐	☐	Problemas de la vista	☐	☐	Colesterol alto																																																																				
☐	☐	Lentes los pulmones o las piernas	☐	☐	Coágulos en																																																																				
☐	☐	Problemas auditivos los vasos sanguíneos	☐	☐	Problemas de																																																																				

☐ ☐ Epilepsy (seizure)	☐ ☐ Hysterectomy	☐ ☐ Epilepsia (convulsiones)	☐ ☐ Histerectomía
☐ ☐ Asthma	☐ ☐ Anemia	☐ ☐ Asma	☐ ☐ Anemia
☐ ☐ Emphysema	☐ ☐ Breast/	☐ ☐ Enfisema o bronquítis crónica	☐ ☐ Cáncer de
☐ ☐ Colon Cancer		☐ ☐ seno/colon	
☐ ☐ Diabetes	☐ ☐ Other Cancer	☐ ☐ Diabetes	☐ ☐ Otro tipo de
☐ ☐ Ulcer	☐ ☐ Kidney/ Bladder	☐ ☐ Úlceras del estómago/duodeno	☐ ☐ Problemas del
☐ ☐ (stomach or duodenal)	☐ ☐ Problems	☐ ☐ riñón o la vejiga	☐ ☐ Problemas del
☐ ☐ Radiation Treatment	☐ ☐ Liver Problems to (hepatitis, jaundice)	☐ ☐ Radioterapia de cabeza o cuello	☐ ☐ Problemas del hígado
☐ ☐ Head or Neck	☐ ☐ Problems with bowels or rectal	☐ ☐ (hepatitis/ictericia)	
☐ ☐ Thyroid Problems		☐ ☐ Problemas de la tiroides	☐ ☐ Problemas
☐ ☐ bleeding			☐ ☐ intestinales/sangrado rectal
☐ ☐ Chicken pox	☐ ☐ Nervous Systems Problems	☐ ☐ Varicela	☐ ☐ Problemas del
☐ ☐ Arthritis	☐ ☐ Metal Disorder	☐ ☐ Artritis	☐ ☐ Enfermedad
☐ ☐ Tuberculosis (TB)	☐ ☐ Panic Disorder	☐ ☐ Tuberculosis	☐ ☐ Ataques de
☐ ☐ Close contact with a person infected with TB?		☐ ☐ pánico	
☐ ☐ Suicide Attempts		☐ ☐ ¿Contacto cercano con una persona tuberculosa?	
☐ ☐ Are you foreign born?	☐ ☐ Depression or Psychological	☐ ☐ Intentos de suicidio	
☐ ☐ Problems		☐ ☐ ¿Nació en el extranjero?	☐ ☐ Depresión o problemas
		☐ ☐ sicológicos	
☐ ☐ Heart Disease	☐ ☐ Sexually Transmitted Disease	☐ ☐ Enfermedad del corazón de transmisión sexual o venérea	☐ ☐ Enfermedad
☐ ☐ or VD		☐ ☐ Presión arterial alta	☐ ☐ Disfunción
☐ ☐ High Blood Pressure	☐ ☐ Sexual Function Problems	☐ ☐ Infección por VIH	
☐ ☐ HIV Infection	☐ ☐ Pain now or in last 3 months?	☐ ☐ ¿Padece de dolor actualmente o lo ha padecido en los últimos tres meses?	
☐ ☐ Within the last 12 months, have you experienced any uncomfortable touching? Forced sexual contacts?		☐ ☐ ¿Ha experimentado contacto físico inapropiado o contactos sexuales forzados en los últimos 12 meses?	
☐ ☐ Within the last 12 months, have you been in a relationship in which threats,		☐ ☐ ¿Ha estado en una relación con alguien en la cual fue sujetado(a)	

pushing, grabbing, hitting, kicking, breaking things or other hurting was used by someone?

_____ Do you need assistance performing activities of daily living?

Men only:

_____ Prostate Problems _____ Penis/ Testicle Problems _____ Present Method of Birth Control _____

Women Only:

_____ Did your mother receive hormones (OES) while she was pregnant with you?

_____ Breast Problems (lump / discharge)

_____ Have you had an abnormal PAP smear?

_____ Date of last PAP _____

_____ Problems with Uterus/ tubes/ Ovaries.

_____ Are your periods regular/ Irregular? Date of last period _____

_____ Do you have spotting/ bleeding between periods?

_____ Venereal Warts? When? _____

_____ Do you use bird control? Present method _____ past methods _____

#Pregnancies _____ #Miscariages _____ #Live Births _____ #Abortions _____

Do you know how to do a self-breast exam? ☐ Yes ☐ No How often do you do it? _____

Do yen douche? ☐ Yes ☐ No How often? _____

What do you use? _____

Fraser/Harris/qf/adulthistory

updated August 2001

Other Past Medical History: Any surgery, serious injury or medical problems (give dates for all items and reasons for surgeries)

agresivamente, hubo amenazas, empujones, golpes, patadas, objetos rotos u otra forma de daño en los últimos 12 meses?

☐ ☐ ¿Necesita ayuda para realizar sus actividades diarias?

Solo para hombres: ¿Problemas en:

☐ ☐ la próstata?

☐ ☐ el pene/los testículos?

☐ ☐ con su método anticonceptivo?

Solo para mujeres:

☐ ☐ ¿Su madre recibió hormonas cuando estaba embarazada de usted?

☐ ☐ ¿Problemas en los senos (bultos o descarga)?

☐ ☐ ¿Citología vaginal con resultado anormal?

Fecha de su última citología vaginal: _____

☐ ☐ ¿Problemas en el útero, las trompas de Falopio o los ovarios?

☐ ☐ ¿Sus períodos son regulares o irregulares?

Fecha de su último período: _____

☐ ☐ ¿Mancha o sangra entre períodos?

☐ ☐ ¿Verrugas venéreas? ¿Cuándo? _____

☐ ☐ ¿Utiliza un método anticonceptivo?

Método actual/anterior: _____

Nro. de embarazos: _____ Nro. de pérdidas: _____ Nro. de nacimientos vivos: _____

Nro. de abortos: _____

☐ ☐ ¿Sabe hacerse un autoexamen de seno?

¿Con qué frecuencia lo realiza? _____

☐ ☐ ¿Utiliza duchas vaginales?

¿Con qué frecuencia? _____

¿Qué utiliza? _____

Fraser\ Harris\ qf\ historiamédicapara adultos

Actualizada en agosto de 2001

Otra historia médica previa: ¿Alguna cirugía, lesión grave, o problema médico (dé detalles y motivos de la cirugía)

Year		Surgery / Injury / Medical Problem					Año		Cirugía / Lesión / Problema médico		
Family History: Include parents, sister, brothers, aunts, uncles, grandparents (blood relatives only), Has any family member had:							Historia familiar: Incluye padres, hermanos(as), tíos(as), abuelos (parientes de sangre). Algún miembro ha sufrido de:				
Yes	No	Who	Yes	No	Who		SÍ	NO	QUIÉN		
		Migraines							Migrañas		
		Strokes							Cáncer de colon		
		Blood Pressure							Embolia cerebral		
requiring medication									Abuso de sustancias		
		Heart Attack							Presión arterial alta		
/Disease									Colesterol alto		
		Sickle Cell							que requirió medicación		
Anemia									Ataque al corazón/ enfermedad cardíaca		
		Breast Cancer							Drepanocito/anemia		
		Other Cancer							Cáncer de seno		
		Tuberculosis							Otro tipo de cáncer		
		Diabetes							Cáncer de seno		
		Depression							Tuberculosis		
		Alcoholism							Diabetes		
		Birth Defects							Depresión		
									Alcoholismo		
									Defectos de nacimiento		
									¿Su madre aún vive? Edad actual o al momento de morir:		
									¿Su padre aún vive? Edad actual o al momento de morir:		
#Brothers			#Sisters				Nro. de hermanas: ____ Nro. de hermanos: ____				
Others							Otros:				

Current Medications: Please also list over the counter/Herbal medication you take.

Medication	Dosage	Reason for taking

Are you allergic to any drug/medication?

☐ Yes ☐ No.

To a food/other Substance?

☐ Yes ☐ No.

If yes, Name medication or food/ substance and describe the reaction:

Health Habits:

Tobacco (type/amt./day): _____

Alcohol (drinks/per week): _____

Coffee/tea (cups day): _____

Sleep (hours/day): _____

Do you regularly use seat belts?

YES NO

☐ ☐

Do you have a smoke alarm?

YES NO

☐ ☐

Exercise (minutes/days) _____

Type of exercise: _____

Medicamentos actuales: Por favor incluya medicación sin recipe/hierbas que toma:

Medicina	Dosis	Motivo

¿Es alérgico(a) a alguna droga o medicación?

SÍ NO

☐ ☐

¿Alimento/Otras sustancias?

SÍ NO

☐ ☐

En caso positivo, coloque el nombre de la medicación, el alimento o la sustancia y describa la reacción:

Hábitos de salud:

Tabaco (tipo/cantidad diaria): _____

Alcohol (unidades/por semana): _____

Café/té (tazas diarias): _____

Sueño (horas diarias): _____

¿Utiliza el cinturón de seguridad regularmente?

SÍ NO

☐ ☐

¿Posee un detector de humo?

SÍ NO

☐ ☐

¿Hace ejercicio? (minutos/días) _____

Tipo de ejercicio: _____

Recreational or street drugs (type, amount, frequency)?
YES NO
☐ ☐

Nutrition:
☐ Special diet?

☐ Restrictions?

If so what: _____
Have you had weight gain/loss in the past 6 months, greater than 2 clothing sizes?

Change/loss appetite?

Immunizations
Last Tetanus shot (Td) _____

Pnuemovax date
YES NO
☐ ☐ _____
Had polio series?
YES NO
☐ ☐ _____
Have you had a rubella immunization (MMR)? _____
Date _____

update anually:

Signature/title:

Date: _____
Changes: _____

¿Utiliza drogas recreacionales o ilegales (tipo, cantidad y frecuencia)?
SÍ NO
☐ ☐

Nutrición:
☐ ¿Dieta especial?

☐ ¿Restricciones?

De qué tipo: _____
¿Ha ganado o perdido peso mayor a dos tallas en los últimos seis meses?

¿Ha cambiado o perdido el apetito?
SÍ NO
☐ ☐

Immunizaciones	Fecha
Última antitetánica	_____
Neumococo	
SÍ NO	
☐ ☐	_____
Polio	
SÍ NO	
☐ ☐	_____
Rubeola	
SÍ NO	
☐ ☐	_____

Actualizar anualmente:

Firma/título:

Fecha: _____
Cambios: _____