

**Health History
(Confidential)**

Name: _____

SYMPTOMS: Check (☐) symptoms you currently have or have had in the past 6 months.
(SINTOMAS: Marque con un tilde (◌) los síntomas que usted tiene actualmente o que ha tenido en los últimos 6 meses)

GENERAL

- ☐ Chills (*Escalofríos*)
- ☐ Depression (*Depresión*)
- ☐ Fever (*Fiebre*)
- ☐ Headache (*Dolor de cabeza*)
- ☐ Loss of sleep (*Perdida de sueño*)
- ☐ Loss of weight (*Perdida de peso*)
- ☐ Nervousness (*Nerviosismo*)
- ☐ Numbness (*Entumecimiento*)
- ☐ Sweats (*Sudores*)

- ☐ Chest tightness (*Apretazón en el pecho*)
- ☐ Cough lasting > 1 month (*Tos persistiendo más de 1 mes*)
- ☐ Shortness of breath (*Falta de aire*)
- ☐ Wheezing
- ☐ Chest pain with inhalation or coughing (*Dolor de pecho al respirar o toser*)

CARDIOVASCULAR

- ☐ Chest pain (*Dolor de pecho*)
- ☐ Palpitations (*Palpitaciones*)
- ☐ Fainting (*Desmayos*)
- ☐ Swelling of feet or legs (*Hinchazón de las piernas o pies*)
- ☐ Shortness of breath lying flat (*Falta de aire al acostarse*)
- ☐ High blood pressure (*Presión alta*)
- ☐ Irregular heart beat (*Latidos irregulares de corazón*)
- ☐ Low blood pressure (*Presión baja*)
- ☐ Poor circulation (*Mala circulación*)
- ☐ Rapid heart beat (*Latidos acelerados del corazón*)
- ☐ Varicose veins (*Venas varicosas*)

GASTROINTESTINAL

- ☐ Stomach pain (*Dolor de estomago*)
- ☐ Blood in stool (*Sangre en las heces*)
- ☐ Constipation (*Estreñimiento*)
- ☐ Diarrhea (*Diarrea*)
- ☐ Heartburn (*Ardor de estomago*)
- ☐ Vomiting or nausea lasting for > 1 day (*Vomito o Nausea persistiendo mas de 1 día*)

PSYCH

- ☐ Anxiety (*Ansiedad*)
- ☐ Depression (*Depresión*)

GENITOURINARY

- ☐ Blood in urine (*Sangre en la orina*)
- ☐ Menstrual changes (*Cambios menstruales*)
- ☐ Urinating that is painful or difficult (*Dolor or dificultad al orinar*)
- ☐ Erection difficulties (*Dificultad en la erección*)
- ☐ Vaginal discharge (*Supuración por la vagina*)

- ☐ Broken bones (*Huesos rotos*)
- ☐ Joint pain or swelling (*Dolor o hinchazón de conjuntaras*)
- ☐ Muscle aches (*Dolor musculares*)
- ☐ Muscle weakness (*Debilidad musculares*)
- ☐ Back Pain (*Dolor de espalda*)

SKIN/BREASTS

- ☐ Breast lump (*Bulto en el seno*)
- ☐ Rashes or nonhealing ulcers (*Salpullidos o ulceras sin sanar*)
- ☐ Bruise easily (*Se pone morado fácilmente*)

NEUROLOGIC

- ☐ Seizures (*Asimiento*)
- ☐ Extremity pain or burning sensations (*Dolor de extremidades*)
- ☐ Numbness or tingling (*Entumecimiento*)

ENDOCRINOLOGIC

- ☐ Hair loss (*Caida de pelo*)
- ☐ Frequent Urination (*Orinar frecuente*)
- ☐ Increased thirst (*Sed creciente*)

EYE, EAR, NOSE, THROAT

- ☐ Eye pain or drainage (*Dolor de ojos o supuración*)
- ☐ Visual changes (*Cambió en visión*)
- ☐ Dry, irritated eyes (*Ojos irritados o secos*)
- ☐ Earache (*Dolor de oído*)
- ☐ Loss of hearing (*Perdida de la audición*)
- ☐ Nosebleeds (*Hemorragias nasales*)
- ☐ Dizziness (*Mareos*)

RESPIRATORY

- ☐ Blood in your sputum (*Sangre en esputo*)

MUSCULOSKELETAL

FAMILY HISTORY (<i>Historia Familiar</i>)				HEALTH HABITS (<i>Habitos de Salud</i>)	OCCUPATIONAL CONCERNS (<i>Inquietudes Relacionados con el Trabajo</i>)
Relation (<i>Relación</i>)	Age (<i>Edad</i>)	State of Health (<i>Estado de Salud</i>)	Cause of Death (<i>Causa de Muerte</i>)	Check (☐) which pertains to you. (<i>Marque (◌) las que pertenece a Ud.</i>)	Check (☐) which pertains to you. (<i>Marque (◌) las que pertenece a Ud.</i>)
Father				☐ Caffeine (<i>Cafeína</i>)	☐ Stress (<i>Estres</i>)
Mother				☐ Tobacco (<i>Tabaco</i>) ____ # packs /day x ____ # years	☐ Hazardous Substances (<i>Sustancias Peligrosas</i>)
Brothers				☐ Street Drugs (<i>Drogas</i>)	☐ Heavy Lifting (<i>Levantando objetos Pesados</i>)
Sisters				☐ Exercise (<i>Ejercicio</i>) ____ # hours x ____ days per week	☐ Other (<i>Otro</i>)
				☐ Other (<i>Otro</i>)	
HOSPITALIZATIONS (<i>Hospitalizaciones</i>)				PRIOR DIAGNOSTIC TESTINGS (<i>Exámenes diagnosticos</i>)	
Year (<i>Año</i>)	Hospital	Reason for Hospitalization (<i>Motivo de la Hospitalización</i>)	Outcome (<i>Resultado</i>)	Have you done any of the following exams in the last year? (<i>Se ha hecho algunas de estas pruebas en el año reciente?</i>)	
				Y ☐ N ☐	EKG
				Y ☐ N ☐	Stress Test
				Y ☐ N ☐	Echo
				Y ☐ N ☐	Cardiac cath/PCI

To the best knowledge, the above information is complete and correct. (*Certifico que la información incluida arriba es correcta, a mi leal saber y entender.*)

Signature of Patient/Guardian (*Firma*)

Date (*Fecha*)