

## Health History/Historia de salud

<b>Abuse Adult/child (victim)</b> /Abuso como adulto / niño (víctima)	<b>Yes/Si</b>	<b>No/No</b>	<b>Depression/Depresion</b>	<b>Yes/Si</b>	<b>No/No</b>	<b>Hepatitis Type____/Tipo de hepatitis____</b>	<b>Yes/Si</b>	<b>No/No</b>
<b>ADD/ADHD</b> /ADD/ADHD	<b>Yes/Si</b>	<b>No/No</b>	<b>Diabetes Mellitus Type 1 or 2/Diabetes Mellitus Typo 1 o 2</b>	<b>Yes/Si</b>	<b>No/No</b>	<b>Meningitis/Meningitis</b>	<b>Yes/Si</b>	<b>No/No</b>
<b>Alcoholism/Alcoholismo</b>	<b>Yes/Si</b>	<b>No/No</b>	<b>Drug Addiction/Drogadicción</b>	<b>Yes/Si</b>	<b>No/No</b>	<b>Mental Health Disorder/ Trastorno de salud mental</b>	<b>Yes/Si</b>	<b>No/No</b>
<b>Allergies/Alergias</b>	<b>Yes/Si</b>	<b>No/No</b>	<b>Emphysema COPD/Enfisema</b>	<b>Yes/Si</b>	<b>No/No</b>	<b>MRSA/MRSA</b>	<b>Yes/Si</b>	<b>No/No</b>
<b>Anemia/Anemia</b>	<b>Yes/Si</b>	<b>No/No</b>	<b>Glaucoma/Glaucoma</b>	<b>Yes/Si</b>	<b>No/No</b>	<b>Nerve, Muscle disease/ Enfermedad nerviosa / muscular</b>	<b>Yes/Si</b>	<b>No/No</b>
<b>Anxiety/Ansiedad</b>	<b>Yes/Si</b>	<b>No/No</b>	<b>Heart Attack/Ataque al corazón</b>	<b>Yes/Si</b>	<b>No/No</b>	<b>Osteoporosis/Osteoporosis</b>	<b>Yes/Si</b>	<b>No/No</b>
<b>Arthritis/Joint Disorder/ Artritis / Articulación trastorno</b>	<b>Yes/Si</b>	<b>No/No</b>	<b>Heart Disease/Enfermedad del corazón</b>	<b>Yes/Si</b>	<b>No/No</b>	<b>Pacemaker/Marcapasos</b>	<b>Yes/Si</b>	<b>No/No</b>
<b>Asthma/Asma</b>	<b>Yes/Si</b>	<b>No/No</b>	<b>Heart Failure/Insuficiencia cardíaca</b>	<b>Yes/Si</b>	<b>No/No</b>	<b>Radiation to the head and neck area/Radiación en el área de la cabeza v el cuello</b>	<b>Yes/Si</b>	<b>No/No</b>
<b>Autism/Autismo</b>	<b>Yes/Si</b>	<b>No/No</b>	<b>Heart Murmur/Soplo cardíaco</b>	<b>Yes/Si</b>	<b>No/No</b>	<b>Seizure/Convulsiones</b>	<b>Yes/Si</b>	<b>No/No</b>
<b>Broken Jaw/Fractura de mandíbula</b>	<b>Yes/Si</b>	<b>No/No</b>	<b>Heart Valve Infection/Infección de la válvula cardíaca</b>	<b>Yes/Si</b>	<b>No/No</b>	<b>Sickle Cell anemia/Anemia falciforme</b>	<b>Yes/Si</b>	<b>No/No</b>
<b>Bruises Easily/Contusiones fácilmente</b>	<b>Yes/Si</b>	<b>No/No</b>	<b>History of blood transfusion/Historia de transfusión de sanqre</b>	<b>Yes/Si</b>	<b>No/No</b>	<b>STD/STD</b>	<b>Yes/Si</b>	<b>No/No</b>
<b>Cancer/Cancer</b>	<b>Yes/Si</b>	<b>No/No</b>	<b>HIV/AIDS/VIH / SIDA</b>	<b>Yes/Si</b>	<b>No/No</b>	<b>Stomach Ulcers/Úlceras estomacales</b>	<b>Yes/Si</b>	<b>No/No</b>
<b>Cataracts/Cataratas</b>	<b>Yes/Si</b>	<b>No/No</b>	<b>High Cholesterol/Colesterol alto</b>	<b>Yes/Si</b>	<b>No/No</b>	<b>Stroke/Embolia</b>	<b>Yes/Si</b>	<b>No/No</b>
<b>Clotting Disorder/Trastorno de la sangre</b>	<b>Yes/Si</b>	<b>No/No</b>	<b>High Blood Pressure/Alta presión sanguínea</b>	<b>Yes/Si</b>	<b>No/No</b>	<b>Thyroid Disease/Enfermedad de tiroides</b>	<b>Yes/Si</b>	<b>No/No</b>
<b>Cough/Toz</b>	<b>Yes/Si</b>	<b>No/No</b>	<b>Kidney Disease/Enfermedad del riñon</b>	<b>Yes/Si</b>	<b>No/No</b>	<b>TMJ Pain in Jaw/Dolor en la mandíbula</b>	<b>Yes/Si</b>	<b>No/No</b>
			<b>Liver Problems/Problemas de hígado</b>	<b>Yes/Si</b>	<b>No/No</b>	<b>Tuberculosis/Tuberculosis</b>	<b>Yes/Si</b>	<b>No/No</b>

## Surgical History/ Historia quirúrgica

<b>Appendectomy</b> / <i>Apendectomía</i>	<b>Yes/Si</b>	<b>No/No</b>	<b>C-section</b> / <i>Cesárea</i>	<b>Yes/Si</b>	<b>No/No</b>	<b>Small Intestine Surgery</b> / <i>Cirugía del intestino delgado</i>	<b>Yes/Si</b>	<b>No/No</b>
<b>Brain Surgery</b> / <i>Cirugía cerebral</i>	<b>Yes/Si</b>	<b>No/No</b>	<b>Eye Surgery</b> / <i>Cirujía de ojo</i>	<b>Yes/Si</b>	<b>No/No</b>	<b>Spine Surgery</b> / <i>Cirugía de columna</i>	<b>Yes/Si</b>	<b>No/No</b>
<b>Breast Surgery</b> / <i>Cirugía de busto</i>	<b>Yes/Si</b>	<b>No/No</b>	<b>Fracture surgery</b> / <i>Cirugía de fractura</i>	<b>Yes/Si</b>	<b>No/No</b>	<b>Wisdom Teeth Extraction</b> / <i>Extracción de muelas del juicio</i>	<b>Yes/Si</b>	<b>No/No</b>
<b>Heart Bypass</b> / <i>Bypass de corazón</i>	<b>Yes/Si</b>	<b>No/No</b>	<b>Hernia Repair</b> / <i>Reparación de hernia</i>	<b>Yes/Si</b>	<b>No/No</b>	<b>Tonsillectomy</b> / <i>Amigdalectomía</i>	<b>Yes/Si</b>	<b>No/No</b>
<b>Gall Bladder</b> / <i>Cirugía de vesícula biliar</i>	<b>Yes/Si</b>	<b>No/No</b>	<b>Hysterectomy</b> / <i>Histerectomía</i>	<b>Yes/Si</b>	<b>No/No</b>	<b>Tubal Ligation</b> / <i>Ligadura de trompas</i>	<b>Yes/Si</b>	<b>No/No</b>
<b>Colon Surgery</b> / <i>Cirugía de colon</i>	<b>Yes/Si</b>	<b>No/No</b>	<b>Joint Replacement</b> / <i>Reemplazo de la articulación</i>	<b>Yes/Si</b>	<b>No/No</b>	<b>Heart Valve</b> / <i>Reemplazo valvular cardíaco</i>	<b>Yes/Si</b>	<b>No/No</b>
<b>Cosmetic Surgery</b> / <i>Cirugía cosmética</i>	<b>Yes/Si</b>	<b>No/No</b>	<b>Prostate Surgery</b> / <i>Cirugía de próstata</i>	<b>Yes/Si</b>	<b>No/No</b>	<b>Vasectomy</b> / <i>Vasectomía</i>	<b>Yes/Si</b>	<b>No/No</b>

## Contraception/Anticoncepción

<b>Are you pregnant now? Due Date:</b> / <i>¿Estás embarazada ahora? Fecha de vencimiento:</i>	<b>Yes/Si</b>	<b>No/No</b>	<b>Are you taking birth control pills?</b> / <i>¿Estás tomando pastillas anticonceptivas?</i>	<b>Yes/Si</b>	<b>No/No</b>	<b>Do you anticipate becoming pregnant?</b> / <i>¿Anticipas quedar embarazada?</i>	<b>Yes/Si</b>	<b>No/No</b>
--	---------------	--------------	---	---------------	--------------	--	---------------	--------------

\_\_\_\_\_  
**Patient/Parent Signatory** *Firma del Paciente o Responsable*

\_\_\_\_\_  
**Date/Fecha**

\_\_\_\_\_  
**Patient Label**

Updated: 4/2020 JM.