



**PATIENT HISTORY FORM  
HISTORIA DEL PACIENTE DE FORMA**

Name/**Nombre:** \_\_\_\_\_ Today's Date/ **Fecha de hoy** \_\_\_\_\_

Age/ Date of Birth: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Medication Allergies: \_\_\_\_\_

**Edad:** \_\_\_\_ **Fecha de nacimiento:** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ **Alergias a medicamentos:** \_\_\_\_\_

Main Reason for Today's Visit? \_\_\_\_\_

**¿Razón principal para la visita de hoy?** \_\_\_\_\_

**PAST MEDICAL HISTORY-- HISTORIAL MEDICO PASADO**  
(Please check all that apply)-- (Por favor marque todos los que apliquen)

Alcoholism <b>Alcoholismo</b>	<input type="checkbox"/>	Chemical dependency <b>Dependencia química</b>	<input type="checkbox"/>	Hernia	<input type="checkbox"/>	Pneumonia <b>Neumonía</b>	<input type="checkbox"/>	Typhoid Fever <b>Fiebre tifoidea</b>	<input type="checkbox"/>
Anemia	<input type="checkbox"/>	Chicken Pox <b>Varicela</b>	<input type="checkbox"/>	Herpes	<input type="checkbox"/>	Polio <b>Poliomyelitis</b>	<input type="checkbox"/>	Urinary/Bladder <b>Urinario/ Vejiga</b>	<input type="checkbox"/>
Anorexia	<input type="checkbox"/>	Depression/Anxiety <b>Depresión/Ansiedad</b>	<input type="checkbox"/>	High Blood Pressure <b>Alta Presión Sanguínea</b>	<input type="checkbox"/>	Prostate Problem <b>Problemas de próstata</b>	<input type="checkbox"/>	Ulcers <b>Úlceras</b>	<input type="checkbox"/>
Appendicitis <b>Appendicitis</b>	<input type="checkbox"/>	Diabetes	<input type="checkbox"/>	High Cholesterol <b>Colesterol Alto</b>	<input type="checkbox"/>	Psychiatric Care <b>Atención Psiquiátrica</b>	<input type="checkbox"/>	Vaginal Infections <b>Infecciones Vaginales</b>	<input type="checkbox"/>
Arthritis <b>Artritis</b>	<input type="checkbox"/>	Emphysema/COPD <b>Enfisema/COPD</b>	<input type="checkbox"/>	HIV/AIDS Positive <b>Positivos de HIV/AIDS</b>	<input type="checkbox"/>	Rheumatic Fever <b>Fiebre reumática</b>	<input type="checkbox"/>	STD's <b>Enfermedad de transmisión sexual</b>	<input type="checkbox"/>
Asthma <b>Asma</b>	<input type="checkbox"/>	Epilepsy/Seizures <b>Epilepsia/convulsiones</b>	<input type="checkbox"/>	Kidney Disease <b>Enfermedad del riñón</b>	<input type="checkbox"/>	Scarlet Fever <b>Fiebre de la espantar</b>	<input type="checkbox"/>	Vision/Hearing <b>Visión/Audición</b>	<input type="checkbox"/>
Bleeding Disorder <b>Desorden Sangrante</b>	<input type="checkbox"/>	Glaucoma	<input type="checkbox"/>	Liver Disease <b>Enfermedad del hígado</b>	<input type="checkbox"/>	Significant Weight Loss <b>Pérdida de peso significativa</b>	<input type="checkbox"/>	Other, Please Specify: <b>Otros, Por favor especifique:</b>	<input type="checkbox"/>
Breast Lump <b>Bulto en el Pecho</b>	<input type="checkbox"/>	Goiter <b>Bouta</b>	<input type="checkbox"/>	Measles/Mumps <b>Sarampión/Paperas</b>	<input type="checkbox"/>	Stroke <b>Accidente cerebrovascular</b>	<input type="checkbox"/>		
Bronchitis <b>Bronquitis</b>	<input type="checkbox"/>	Gonorrhea <b>Gonorrea</b>	<input type="checkbox"/>	Migraine Headaches <b>Dolores de cabeza por migraña</b>	<input type="checkbox"/>	Suicide Attempt <b>Intento de suicidio</b>	<input type="checkbox"/>		
Bulimia	<input type="checkbox"/>	Gout <b>Gota</b>	<input type="checkbox"/>	Mononucleosis	<input type="checkbox"/>	Thyroid Problems <b>Problemas de tiroides</b>	<input type="checkbox"/>		
Cancer <b>Cáncer</b>	<input type="checkbox"/>	Heart Disease <b>Enfermedad del Corazón</b>	<input type="checkbox"/>	Multiple Sclerosis <b>Esclerosis múltiple</b>	<input type="checkbox"/>	Tonsillitis <b>Amigdalitis</b>	<input type="checkbox"/>		
Cataracts <b>Cataratas</b>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis	<input type="checkbox"/>	Pacemaker <b>Marcapasos</b>	<input type="checkbox"/>	Tuberculosis	<input type="checkbox"/>		

**Health Habits - - Hábitos saludables:**

*How much do you use, how long have you used, did you quit, and if so, when?*

*¿Qué cantidad usas? ¿Cuánto tiempo has usado? ¿Dejastes y si es así, cuando?*

Caffeine/Cafeína:  Yes  No \_\_\_\_\_

Tobacco/Tabaco:  Yes  No \_\_\_\_\_

Illegal Drugs/Drogas Ilegales:  Yes  No \_\_\_\_\_

Alcohol/Alcohol:  Yes  No \_\_\_\_\_

**OCCUPATION - - OCUPACIÓN**

What is your occupation? \_\_\_\_\_

¿Cuál es tu ocupación?

Please **check** any of the following you are exposed to: - **Por favor encierre en un controlador cualquiera de los siguientes a los**

**que está expuesto:**

Smoke  Hazardous Substance/Chemicals  Heavy Lifting  Other (Specify) \_\_\_\_\_  
**Humo**  **Sustancias Peligrosos/ Productos químicos**  **Levantamiento Pesado**  **Otra cosa (especificar)** \_\_\_\_\_

Please list all medications you are currently taking  
**Por favor liste todos los medicamentos que está tomando actualmente**

**MEDICATIONS/ MEDICAMENTOS**

Prescribed medications <b>Medicación Prescrita</b>	Dosage <b>Dosis</b>	How often taken <b>Con qué frecuencia la tomas</b>

**NON-PRESCRIPTION** (over-the-counter medications) such as aspirin, ibuprofen, vitamins, laxatives, allergy, etc.)

**SIN RECETA (medicamentos) como aspirina, ibuprofeno, vitaminas, laxantes, para la alergia, etc.)**

Over-the-counter medications <b>Medicamentos de venta libre</b>	Dosage <b>Dosis</b>	How often taken <b>Con qué frecuencia las tomas</b>

**Immunizations:** if YES, give approximate year given

Pneumococcal No \_\_\_ Yes \_\_\_ Hepatitis A No \_\_\_ Yes Hepatitis  
 Flu Shot No \_\_\_ Yes \_\_\_ B No \_\_\_ Yes Coronavirus No Yes  
 Tetanus No \_\_\_ Yes \_\_\_

**Vacunas: en caso afirmativo, indique el año aproximado en que lo recibió**

**Neumocócica** No \_\_\_ Sí \_\_\_ **Hepatitis A** No \_\_\_ Sí \_\_\_  
**Gripe tiro** No \_\_\_ Sí \_\_\_ **Hepatitis B** No \_\_\_ Sí \_\_\_  
**de tétanos** No \_\_\_ Sí \_\_\_ **Coronavirus** No \_\_\_ Sí \_\_\_

**PAST MEDICAL HISTORY - - ANTECEDENTES MÉDICOS:**

**SURGERIES/HOSPITALIZATIONS - - CIRUGÍAS/HOSPITALIZACIONES**

Year <b>Año</b>	Type of Surgery or Hospitalization <b>Tipo de Cirugía o Hospitalización</b>	Location <b>Localización</b>

**SERIOUS ILLNESS/INJURIES - - ENFERMEDAD SERIA/ LESIONES**

Year <b>Año</b>	Detail of Illness/Injury <b>Detalles de la Enfermedad/ Lesión</b>	Outcome <b>Resultado</b>

Transfusions: Have you ever received a *blood transfusion*? No \_\_\_ Yes \_\_\_ When? \_\_\_\_\_

Transfusiones: ¿Ha recibido una transfusión de sangre? No \_\_\_ Sí \_\_\_ ¿Cuándo? \_\_\_\_\_

**FAMILY HISTORY:** (Place an "X" in appropriate boxes to identify all illnesses/conditions in your blood relatives)

**Historia de la Familia:** (Coloque una "X" en las casillas correspondientes par identificar todas las enfermedades/ condiciones en sus parientes consanguíneos)

Illness/Condition Enfermedad / Condición	Family Member Miembro de la familia							
	Grandparents Abuelos	Father Padre	Mother Madre	Brother Hermano	Sister Hermana	Son Hijo	Daughter Hija	Other Otros
Colon or rectal cancer Colon o cáncer rectal								
Other cancer Otro tipo de cáncer								
Heart disease Enfermedades del corazón								
Diabetes								
High blood pressure Alta Presión Sanguínea								
Liver disease Enfermedad del hígado								
High cholesterol Colesterol alto								
Alcohol/drug abuse Abuso de alcohol/drogas								
Depression/psychiatric illness Depresión/ Enfermedad psiquiátrica								
Genetic(inherited) disorder Trastorno Genético hereditario								
Other/Ostros								

To the best of my knowledge, the above information is complete and correct. I understand it is my responsibility to inform my doctor if I, or my minor child, ever have a change in health.

**A lo mejor de mi conocimiento, la información anterior es correcta y completa. Entiendo que es mi responsabilidad informar a mi médico si yo o mi hijo menor de edad, siempre hay un cambio en la salud.**

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Patient signature

\_\_\_\_\_  
Date

Add document to Athena under Encounter Document: Health History Questionnaire