

SHEPHERDS CARE MEDICAL CLINIC

PERSONAL HISTORY REVIEW
HISTORIAL PERSONAL

NAME: NOMBRE

DATE OF BIRTH: FECHA DE NACIMIENTO AGE: EDAD

REASON FOR VISIT: RASÓN DE LA VISITA

PRESENT MEDICATIONS: PRESENTE MEDICACIONES

PHYSICIANS SEEN IN THE LAST 5 YEARS
MEDICOS VISTO EN LOS ULTIMOS 5 ANOS:

NAME OF DOCTOR OR PROVIDER NOMBRE DEL DOCTOR O PROVEEDOR

NAME OF DOCTOR OR PROVIDER NOMBRE DEL DOCTOR O PROVEEDOR

LOCATION (CITY, STATE) LOCALIDA (CIUDAD/ESTADO)

LOCATION (CITY, STATE) LOCALIDA (CIUDAD/ESTADO)

PRIMARY PROBLEM CARED FOR PROBLEMA PRINCIPALE

PRIMARY PROBLEM CARED FOR PROBLEMA PRINCIPALE

SOCIAL HISTORY/ HISTORIAL SOCIAL

- SINGLE SOLTERO MARRIED CAZADO DIVORCED DIVORCIADO WIDOWED VIUDO SEPARATED SEPARADO

OCCUPATION/PRIOR JOBS: OCUPACIÓN PREVIOS TRABAJOS

WHO LIVES AT HOME WITH YOU? ¿QUIEN VIVE EN CASA CON USTED?

DO YOU HAVE A LIVING WILL? ? TIENE TESTAMENTO DE VIDA? HEALTH CARE POWER OF ATTORNEY? ? POTESTAD DE ABOGADO PARA EL CUIDADO DE LA SALUD?

PAST MEDICAL HISTORY/PASADO HISTORIAL MEDICO

ALLERGIES (MEDICATION & REACTION: ALERGIAS MEDICINAS & REACCIONES

LIST SERIOUS ILLNESSES AND INJURIES OR OPERATIONS AND APPROXIMATE YEAR. EXCLUDE NORMAL PREGNANCIES.
LISTA DE ENFERMEDADES SERIAS Y FRACTURAS U OPERACIONES Y Año APROXIMADO. EXCLUYA EMBARAZOS NORMALES

Table with 4 columns: YEAR, SERIOUS ILLNES, INJURY OR OPERATION, NAME OF HOSPITAL, CITY AND STATE

HAVE YOU EVER BEEN TREATED BY A PHYCHIATRIST/PHYCOLOGIST? ¿ALGUNA VEZA SIDO TRATADO POR PSIQUIATRA O PSICÓLOGO?

REASON? ? RASÓN?

OBSTETRICAL: OBSTETRÍCO PREGNANCIES: EMBARAZOS ABORTIONS: ABORTOS MISCARRIAGES: ESPONTANEOS

LIVING CHILDREN NIÑOS VIVIENTES SONS HIJOS DAUGHTERS HIJAS

IMMUNIZATIONS: VACUNAS TETANUS TETANO YRS AGO AÑOS A TRAS RUBELLA RUBEOLA HEPATITIS B HEPATITIS B PNEUMONIA PULMONÍA

EVER HAD TRANSFUSION? ¿ALGUNA VEZA A TENIDO UNA TRANSFUSION?

CHART NO:

DATE:

CHECK IF YOU HAVE HAD / MARQUE SI HA TENIDO:

- | | | | |
|--|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> HIGH BLOOD PRESSURE
<i>PRESIÓN ALTA</i> | <input type="checkbox"/> EMPHYSEMA
<i>ENFISEMA</i> | <input type="checkbox"/> THYROID
<i>TIROIDES</i> | <input type="checkbox"/> PELVIC INFECTION
<i>INFECCIÓN DEL PELVIS</i> |
| <input type="checkbox"/> HEART ATTACK
<i>INFARTO</i> | <input type="checkbox"/> GALLSTONES
<i>BILIAR</i> | <input type="checkbox"/> ANEMIA
<i>ANEMIA</i> | <input type="checkbox"/> VENEREAL DISEASE
<i>ENFERMEDAD VENARIA</i> |
| <input type="checkbox"/> HEART MURMUR
<i>MURMULLO DELCORAZÓN</i> | <input type="checkbox"/> STOMACH ULCER
<i>ÚLCERA DEL ESTOMAGO</i> | <input type="checkbox"/> CANCER
<i>CANCER</i> | <input type="checkbox"/> TUBERCULOSIS
<i>TUBERCULÓISIS</i> |
| <input type="checkbox"/> HEART FAILURE
<i>PARO CARDÍACO</i> | <input type="checkbox"/> HIATAL HERNIA
<i>HERNIA HIATAL</i> | <input type="checkbox"/> STROKE
<i>DERRAME CEREBRAL</i> | <input type="checkbox"/> HEMATIC FEVER
<i>FIEBRE REUMÁTICA</i> |
| <input type="checkbox"/> DIABETES
<i>DIABETIS</i> | <input type="checkbox"/> COLON POLYPS
<i>PÓLIPOS DEL RECTO</i> | <input type="checkbox"/> CONVULSION
<i>CONVULSIONES</i> | <input type="checkbox"/> SHINGLES
<i>HERPES</i> |
| <input type="checkbox"/> HIGH CHOLESTEROL
<i>COLESTEROL ALTO</i> | <input type="checkbox"/> DIVERTICULITIS
<i>DIVERTICULÍTIS</i> | <input type="checkbox"/> DEPRESSION
<i>DEPRESIÓN</i> | |
| <input type="checkbox"/> PNEUMONIA
<i>PULMONÍA</i> | <input type="checkbox"/> HEPITITIS
<i>HEPETITIS</i> | <input type="checkbox"/> ARTHRITIS
<i>ARTRITIS</i> | |
| <input type="checkbox"/> ASTHMA
<i>ASMA</i> | <input type="checkbox"/> PHLEBITIS
<i>FLEBITIS</i> | <input type="checkbox"/> ALCOHOLISM
<i>ALCOHOLISMO</i> | |
| | | <input type="checkbox"/> KIDNEY STONE
<i>PIEDRAS DEL Riñón</i> | |

FAMILY MEDICAL HISTORY/ HISTORIAL MEDICO FAMILIAR

	MOTHER <i>MADRE</i>	FATHER <i>PADRE</i>	SIBLING <i>HERMANOS</i>
HEART ATTACK/ <i>INFARTO</i>			
HIGH CHOLESTEROL/ <i>COLESTEROL ALTO</i>			
DIABETES/ <i>DIABETIS</i>			
STROKE/ <i>DERRAME CEREBRAL</i>			
CANCER (TYPE)/ <i>TIPO</i>			
TUBERCULOSIS/ <i>TUBERCULÓISIS</i>			
BLEEDING DISORDER / <i>HEMORRAGIA</i>			
ALCOHOLISM / <i>ALCOHOLISMO</i>			

MOTHER LIVING? YES NO CAUSE OF DEATH? _____
¿MADRE VIVE? SÍ NO CAUSA DE MUERTE

FATHER LIVING? YES NO CAUSE OF DEATH? _____
¿PADRE VIVE? SÍ NO ¿CAUSA DE MUERTE?

HABITS/ HABITOS

HAVE YOU SMOKED? YES NO HOW MANY PACKS A DAY? _____ HOW MANY YEARS? _____ QUIT? _____ YEARS? _____
¿Ha FUMADO? SÍ NO CUANTAS CAJETILLAS AL DIA? POR CUANTOS AÑOS DEJÓ AÑOS

ANY OTHER TOBACCO USE? _____ CUPS OF COFFEE/CAFFEINATED BEVERAGES/DAY? _____
¿USA OTRO TABACO? TAZAS DE CAFÉ/BEVIDAS CAFEINADAS AL DÍA

DO YOU DRINK ALCOHOL? YES NO HOW OFTEN? _____ HOW MUCH? _____
¿TOMA ALCOHOL? SÍ NO FRECUENCIA CUANTO

DO YOU EXERCISE? YES NO HOW OFTEN? _____ WHAT TYPE? _____
¿HACE EJERCICIOS? SÍ NO FRECUENCIA QUE TIPO

DO YOU SLEEP WELL? YES NO HOW MANY HOURS? _____
¿DUERME BIÉN? SÍ NO ¿CUANTAS HORAS?

DO YOU FOLLOW ANY SPECIAL DIET? YES NO WHAT TYPE? _____
¿SIGUE ALGUNA DIETA ESPECIAL? SÍ NO QUE TIPO

DO YOU WEAR SEATBELTS? YES NO HOW OFTEN? _____
¿USA CINTURÓN DE SEGURIDAD? SÍ NO FRECUENCIA?

DO YOU SELF-EXAM? (BREAST OR TESTICULAR) YES NO
¿SE HACE EXAMEN PROPIO? (CENOS O TESTICULAR) SÍ NO

DO YOU REGULARLY USE? ASPIRIN PAIN RELIEVERS LAXATIVES COLD PREPS CALCIUM VITAMINS
¿USA REGULARMENTE? ASPIRINA ALIVIANTES LAXANTES DE CATARRO CALCIO VITAMINAS

ARE YOU AT RISK FOR HIV INFECTION? YES NO
¿TIENE RIESGO DE LA INFECCIÓN VI? SÍ NO

DO YOU HAVE A HISTORY OF SUBSTANCE USE? YES NO WHAT TYPE? _____
? TIENE HISTORIA DE USO DE DROGAS? SÍ NO ¿QUE TIPO?