HISTORIA DE SALÚD PERSONAL Y FAMILIAR • *FAMILY AND PERSONAL HEALTH HISTORY*

Attn: Por favor apunte la información necesaria. Esta información es confidencial y no sera compartida sin su permiso.

Nombre:_____ Edad _____ Cumpleaños_____ Fecha de Hoy_____
Name *Age* *Birthdate* *Today's Date*

Ocupación_____ Fecha del Ultimo Exámen _____ No. Telefonico_____
Occupation *Last Physical Exam Date* *Telephone No.*

FAMILY RECORD Anote (✓) las condiciónes y relación de familiares que tienen o han tenido las condiciónes listadas abajo.	SI	NO	PADRE	MADRE	HERMANO	HERMANA	HIJO	HIJA
Alcohólismo / Alcoholism								
Alergias / Allergies								
Anemia								
Artritis / Arthritis								
Asma / Asthma								
Defectos Congenitos / Birth Defects								
Tendencias sangrantes / Bleeding Tendency								
Cáncer / Cancer								
Colitis								
Corazón Congentio / Congenital Heart								
Diabetes								
Enfesima / Emphysema								
Epilepsia / Epilepsy								
Glaucoma								
Bocio / Goiter								
Ataque Cardiáco / Heart Attack								
Enfermedad del Corazón / Heart Disease								
Alta Presión / High Blood Pressure								
Riñon / Kidney Disease								
Lukemia / Leukemia								
Enfermedades del Higado / Liver Disease								
Problemas Mentales / Mental Illness								
Migraña / Migraine								
Ataque Nervioso / Nervous Breakdown								
Sobre de Peso / Obesity								
Reumatismo / Rheumatism								
Anemia, Sickle-Cell								
Úlcera / Ulcers								
Paralisis / Stroke								
Suicidio / Suicide								
Tuberculosis								

FAMILIARES

	Vivos				Difuntos	
	Edad	Salúd ✓ Buena	✓ Favor-able	✓ Pobre	Causa de Muerte / Cause of Death	Edad
Padre						
Madre						
Hermano(s)						
Hermana(s)						

OPERACIÓNES	Si	No	Fecha
Amigdala / Tonsils			
Apendici / Appendix			
Vesicula / Gall Bladder			
Estomago / Stomach			
Riñon / Kidney			
Colon			
Tiroides / Thyroid			
Hernia			
Seno (mujer) / Breast			
Utero (mujer) / Uterus			
Ovaries (mujer) / Ovaries			
Prostata (Hombre) / Prostate			
Otra: / Other:			
Usted: si consume, cuanto			
Tobaco / Smoke _____ Paquetes / Pkgs.			
Café / Coffee _____ Copas / Cups			
Cerveza / Beer _____ ozs.:			
Licor / Hard Liquor _____ ozs.:			
Soda _____ ozs.:			
IMMUNIZACIONES			
Pulmonía / Pneumonia Vaccine			
Tetano / Tetanus			
Booster			
Serampión / Measles			
Influenza			
Papera / German Measles/Mumps			
Otra: / Other			
RAYO-X			
Ultimo Mamografia / When was last Mammogram?			
Espalda / Back			
Pecho / Chest			
Colon			
Extremidad / Extremities			
Vesicula / Gall Bladder			
Riñon / Kidney			
Estomago / Stomach			
Tratamientos / Treatments			
Otras: / Other			

(Doctor's Use Only - Summary)

©Waukesha Family Practice Clinic 6/04

PROBLEMAS MEDICO PRESENTE Y PASADO • *PAST AND PRESENT MEDICAL PROBLEMS*

Por favor anote (✓) si has tenido o tienes unas de las condiciónes lista abajo y la fecha aproximada. Asma / Asthma	No	Si Presente	Si Pasado	Si Pasado, Fecha
Cardiograma Abnormal / Abnormal Electrocardiogram				
Angina de Pecho / Angina				
Anemia (Typo:)				
Artritis / Arthritis				
Ceguedad / Blindness Either Eye				
Huesos Quebrado / Broken Bones				
Cataratas / Cataracts				
Broquitis / Chronic Bronchitis/Chronic Lung Disease				
Cirosis del Higado / Cirrhosis of Liver				
Problemas del Colon / Colon/Bowel Trouble				
Sordera / Deafness				
Disentería / Dysentery				
Diabetes				
Infecciónes de los Oidos / Ear Infection				
Enfisema / Emphysema				
Corazón Grande / Enlarged Heart				
Glaucoma				
Cálculo de la vesicula / Gall Stones				
Gota / Gout				
Bocia / Goiter				
Gonorrea / Gonorrhea				
Alergias / Allergy/Hayfever				
Soplo del Corazón / Heart Murmur as adult				
Ataque Cardiáco / Heart Attack				
Alta Presión / High Blood Pressure				
Hepatitis				
Hemorroides / Hemorrhoids				
Infección de los Riñones / Kidney Infection				
Cálculo Renal / Kidney Stones				
Ataque Nervioso / Nervous Breakdown				
Problema Coágula / Poor Blood Clotting				
Polio				
Flebitis / Phlebitis				
Fiebre Reumatico / Rheumatic Fever				
Problemas Rectal / Rectal Trouble				
Furúnculo / Recurrent Boils				
Ataque Celebrar / Stroke				
Úlcera / Stomach/Duodenal Ulcer				
Sífilis / Syphilis				

Por favor anote (✓) si has tenido o tienes unas de las condiciónes lista abajo y la fecha aproximada. Enfermedades de la Piel / Skin Disease	No	Si Presente	Si Pasado	Si Pasado, Fecha
Depresión / Depression				
Problemas Emociónal / Emotional Problems				
Tuberculosis				
Tiroides (sobre activa) / Thyroid overactive				
Tiroides (bajo activa) / Thyroid underactive				
Varices / Varicose Veins				
Hombres				
Problemas de la Prostata / Prostate Problems				
Mujeres				
Dificultades con la menstruación / Menstrual Difficulties				
Infección de la vejiga / Cystitis				
Infección del Seno / Mastitis				
Quiste del Ovario / Ovarian Cyst				
Cáncer del Seno / Breast Cancer				
Otras Enf. del Seno / Other Breast Disease				
Otras Enf. Ginecológico / Other Gyn. Problems				
¿Todavia esta Menstruando? / Still Menstruating?				

¿A que Edad Empezo? / Age Periods Started? _____

¿A que Edad Cesaron? / Age Periods Stopped? _____

¿Porque? / Why? _____

No. de Embarazos / No. of Pregnancies _____

No. de Hijos / No. of Children _____

No. de Abortos / No. of Miscarriages _____

Explicación: / Explain:

Hospitalizacion/Razón / Hospitalizations/Reasons: Date

¿Usas Aparatos Artificiales? / Do you wear Artificial Devices? si / yes no / no

Por favor Apunte / Please List

¿Tienes Alergias? / Do you have Allergies? si / yes no / no

Por favor Apunte / Please List

(Doctor's Use Only - Summary)

©Waukesha Family Practice Clinic 6/04