

**Medical History.**

Please check all the boxes that apply. *Marque los que se apliquen a usted.*

Do you have....? <i>¿Tiene usted...?</i>	Yes/Sí	No/No	How long? <i>¿Desde cuando?</i>
High blood pressure ( <i>presión alta</i> )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Diabetes ( <i>diabetes</i> )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Asthma ( <i>asma</i> )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Tuberculosis ( <i>tuberculosis</i> )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Hepatitis ( <i>hepatitis</i> )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
AIDS ( <i>SIDA</i> )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Cancer ( <i>cáncer</i> )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Please check if you have had any of the following symptoms in the last 6 months? (*¿En los últimos 6 meses ha tenido usted...?*)

<u>Constitutional</u>	<u>Respiratory</u>	<u>Unusual skin growths/Tumores</u>
<input type="checkbox"/> Fever/ <i>Fiebre</i>	<input type="checkbox"/> Shortness of breath/ <i>Fatiga</i>	<u>Neurologic</u>
<input type="checkbox"/> Night sweats/ <i>Sudores nocturnos</i>	<input type="checkbox"/> Cough/ <i>Tos</i>	<input type="checkbox"/> Headaches/ <i>Dolor de cabeza</i>
<input type="checkbox"/> Chills/ <i>Escalofrío</i>	<input type="checkbox"/> Bloody cough/ <i>Espujo con sangre</i>	<input type="checkbox"/> Seizures/ <i>Convulsiones</i>
<input type="checkbox"/> Weight changes/ <i>Cambio en su peso</i>	<u>Gastrointestinal</u>	<input type="checkbox"/> History of head trauma/ <i>Golpes en la cabeza</i>
<u>EENT</u>	<input type="checkbox"/> Heartburn/ <i>Agruras</i>	<u>Psychologic</u>
<input type="checkbox"/> Vision changes/ <i>Cambio en su visión</i>	<input type="checkbox"/> Nausea or vomiting/ <i>Nausea o vomito</i>	<input type="checkbox"/> Anxiety/ <i>Angustia</i>
<input type="checkbox"/> Hearing loss/ <i>Perdida de la audición</i>	<input type="checkbox"/> Constipation/ <i>Estreñimiento</i>	<input type="checkbox"/> Depression/ <i>Depresión</i>
<input type="checkbox"/> Ear pain/ <i>Dolor del oído</i>	<input type="checkbox"/> Diarrhea/ <i>Diarrea</i>	<u>Endocrine</u>
<input type="checkbox"/> Nasal congestion/ <i>Congestión de la nariz</i>	<input type="checkbox"/> Blood in your stool/ <i>Sangre en las heces</i>	<input type="checkbox"/> Thyroid problems/ <i>Problemas con su tiroide</i>
<input type="checkbox"/> Runny nose/ <i>Secreción nasal</i>	<input type="checkbox"/> Jaundice/ <i>Ictericia</i>	<u>Hematologic/Lymphatic</u>
<input type="checkbox"/> Dental problems/ <i>Problemas con los dientes</i>	<u>Genitourinary</u>	<input type="checkbox"/> Do you bleed easily/ <i>Problemas de sangramiento</i>
<input type="checkbox"/> Pain with swallowing/ <i>Dolor al tragar</i>	<input type="checkbox"/> Pain with urination/ <i>Dolor al orinar</i>	<u>Allergic/Immunologic</u>
<input type="checkbox"/> Difficulty swallowing/ <i>Dificultad al tragar</i>	<input type="checkbox"/> Blood in urine/ <i>Sangre en la orina</i>	<input type="checkbox"/> Sneezing/ <i>Estornuda</i>
<input type="checkbox"/> Voice changes/ <i>Cambio de su voz</i>	<input type="checkbox"/> Incontinence/ <i>Incontinencia</i>	<input type="checkbox"/> Watery eyes/ <i>Le lloran los ojos</i>
<u>Cardiovascular</u>	<u>Musculoskeletal</u>	
<input type="checkbox"/> Chest pain/ <i>Dolor del pecho</i>	<input type="checkbox"/> Muscle aches/ <i>Dolor de los músculos</i>	
<input type="checkbox"/> Unusual heartbeats/ <i>Palpitaciones</i>	<input type="checkbox"/> Joint pain/ <i>Dolor en las articulaciones</i>	
<input type="checkbox"/> Shortness of breath with exercise/ <i>Siente fatiga al hacer ejercicios</i>	<input type="checkbox"/> Back pain/ <i>Dolor de espalda</i>	
	<u>Skin</u>	
	<input type="checkbox"/> Rash/ <i>Roncha</i>	
	<input type="checkbox"/> Itching/ <i>Comezón</i>	

Have you ever had surgery? Please list all operations you have had and the date of the procedure.

*¿Ha tenido usted alguna operación? Por favor díganos las operaciones que ha tenido y sus fechas.*

Operation ( <i>operación</i> )	Date ( <i>Fecha</i> )

Please list your current medications including the dosage and the frequency.

*Por favor díganos todos los medicamentos y cuanto se toma diario y con que frecuencia.*

Medication ( <i>medicamento</i> )	Dosage ( <i>Dosis</i> )	Frequency ( <i>Frecuencia</i> )

Are you allergic to any medications? *¿Es usted alérgico a alguna medicina?* \_\_\_\_\_

Have you ever smoked?	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> yes.	How many packs per day? _____	How many years? _____
<i>¿Ha fumado usted?</i>	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sí	<i>¿Cuántos paquetes por día?</i> _____	<i>¿Por cuánto años?</i> _____
How much alcohol do you drink?	<input type="checkbox"/> none	<input type="checkbox"/> yes	How many beers or glasses of wine per day? _____	
<i>¿Toma usted alcohol?</i>	<input type="checkbox"/> nunca	<input type="checkbox"/> sí	<i>¿Cuánto alcohol se toma al día?</i> _____	

**For women only:**

Are you pregnant or do you think you might be?  no  yes

Está usted embarazada ó piensa que usted está embarazada?  no  sí