

PCHC ADULT HISTORY FORM
PCHC FORMA DE HISTORIA DEL ADULTO

PATIENT HISTORY
HISTORIA DEL PACIENTE

NAME _____ DATE OF BIRTH _____ AGE _____
(NOMBRE) (FECHA DE NACIMIENTO) (EDAD)

ADDRESS _____ PHONE _____
(DOMICILIO) (TELEFONO)

OCCUPATION _____ INSURANCE _____
(OCUPACION) (SEGURO DE SALUD)

ARE YOU HEARING OR VISUALLY IMPAIRED? _____ YES _____ NO
(TIENE PROBLEMAS DE OIDA O CON SU VISTA) _____ SI _____ NO

HOSPITAL ADMISSIONS
ADMISIONES DEL HOSPITAL

List ALL surgeries you have had:
(Lista todas las cirugías que ha tenido)

List all other Hospital admissions:
(Lista todo los otros admisiones hospitalarias)

YEAR <i>(ANO)</i>	SURGERY \ OPERATION <i>(OPERACION)</i>	YEAR <i>(ANO)</i>	ILLNESS <i>(ENFERMEDAD)</i>
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

HAVE YOU EVER HAD (BEEN DIAGNOSED WITH) ANY OF THE FOLLOWING:
Alguna vez ha sido diagnosticado con alguno de los siguientes:

- | | | |
|---|---|--|
| _____ Eye Infections
<i>(Infecciones en los ojos)</i> | _____ Anemia
<i>(Anemia)</i> | _____ Stroke
<i>(Ataque fulminante)</i> |
| _____ Gall Bladder disease
<i>(Enfermedad de la Vesicular)</i> | _____ Cancer
<i>(Cancer)</i> | _____ Convulsions
<i>(Convulsiones)</i> |
| _____ Stomach Ulcers
<i>(Ulceras del estomago)</i> | _____ Pneumonia
<i>(pulmonia)</i> | _____ Mental Illness
<i>(Enfermedad mental)</i> |
| _____ Diabetes
<i>(Diabetes)</i> | _____ Blood Transfusion
<i>(Transfusión de Sangre)</i> | _____ Prostate Problems
<i>(Problemas del prostate)</i> |
| _____ Kidney disease
<i>(Enfermedad del riñón)</i> | | |

MEDICATIONS Pharmacy Preference _____
(MEDICINAS) Preferencia de farmacia _____

Please list the medications you are currently taking.

(Lista por favor las medicinas que usted esta toma actualmente.)

- | | | |
|----------|----------|-----------|
| 1. _____ | 5. _____ | 9. _____ |
| 2. _____ | 6. _____ | 10. _____ |
| 3. _____ | 7. _____ | 11. _____ |
| 4. _____ | 8. _____ | 12. _____ |
-

ALLERGIES
ALERGIAS

Please list allergies to medicines.

(Por favor, liste las alergias a las medicinas)

- | | |
|----------|----------|
| 1. _____ | 3. _____ |
| 2. _____ | 4. _____ |
-

IMMUNIZATIONS
VACUNAS

If you have had any of the following shots – please check the appropriate line and indicate the approximate date, if known.

(Si ha tenido cualquiera de los siguientes vacunas, verifica por favor la línea apropiada y indica la fecha aproximada, si es conocido.)

- | | | |
|-------------------|--------------------|---|
| ____ Flu _____ | ____ Tetanus _____ | ____ "Pneumonia shot" or Pnemovax _____ |
| <i>(La Gripe)</i> | <i>(Tétano)</i> | <i>(Pulmonía o "Pneumovax")</i> |
-

FAMILY HISTORY
HISTORIA DE LA FAMILIA

If any blood relative has suffered any of the following – please check the appropriate condition and indicate which relative. (*Si alguno de su familia ha sufrido de cualquiera de las siguientes enfermedades, verifica por favor la condición apropiada y indica cual pariente*).

Heart Attack _____
(Ataque de Corazón)
Stroke _____
(Ataque de la Apoplejía)
Cancer _____
(Cáncer)
Diabetes _____
(Diabetes)
Epilepsy _____
(Epilepsia)

Lung Disease _____
(Enfermedad de los Pulmones)
Arthritis _____
(Artritis)
Glaucoma _____
(Glaucoma)
Hypertension _____
(Hipertensión)
Other Serious Illness _____
(Otra enfermedad grave)

Married _____ Single _____ Divorced _____ #of children _____ Ages _____
(Casado) (Soltero) (Divorciado) (Número de niños) (Las edades)

Do you smoke? _____ How many Years? _____
(Fuma?) (Por cuantos años?)

Do you Drink Alcohol? _____ Heavy _____ Moderate _____ Light _____
(Bebe alcohol?) (Mucho) (Moderado) (Leve)

Have you ever used illegal drugs? Yes _____ No _____
(Alguna vez has usado drogas ilegales) (si) (no)

Religious Preference _____
(Preferencia Religiosa)

PREFERRED LANGUAGE _____
(LENGUA PREFERIDA)

MEDICAL HISTORY
HISTORIA MEDICA

Do you currently have any of these symptoms?

Please check the appropriate answers below. Do not skip questions. (*Verifica por favor las respuestas apropiadas abajo. No omita cualquiera pregunta.*)

YES SI	NO NO	YES SI	NO NO	YES SI	NO NO
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Fatigue <i>(Fatiga)</i>		Chest pains <i>(Dolores en el pecho)</i>		Numb Arms/Legs <i>(Adormecimiento en los brazos/piernas)</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Sudden Weight Loss <i>(Perdida repentina del peso)</i>		Swollen Ankles <i>(Tobillos Hinchados)</i>		Memory Loss <i>(Perdida de la memoria)</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ear infections <i>(Infecciones de la oreja)</i>		Palpitations <i>(Palpitaciones)</i>		Headaches <i>(Dolores de cabeza)</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Loss of Hearing <i>(Perdida de oído)</i>		Irregular Pulse <i>(Pulso irregular)</i>		Insomnia <i>(Insomnio)</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ringling in the ear <i>(Infecciones de la oreja)</i>		Hypertension <i>(Hipertensión)</i>		Nervousness <i>(Nerviosidad)</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Bad Vision <i>(Mal Visión)</i>		Heart Murmur <i>(Murmullo del Corazón)</i>		Depression <i>(Depresión)</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Eye Infections <i>(Infecciones en los ojos)</i>		Indigestions <i>(Indigestión)</i>		Moodiness <i>(Mal humor)</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Double Vision <i>(Doble Visión)</i>		Loss of Appetite <i>(Perdida del apetito)</i>		Phobias <i>(Fobias)</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Eye Pain <i>(Dolor en el ojo)</i>		Constipation <i>(Estreñimiento)</i>		Hernia <i>(Hernia)</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Sinus Trouble <i>(Problema de sinusitis)</i>		Diarrhea <i>(Diarrea)</i>		Back pain <i>(Dolor de la espalda)</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Nose Bleeds <i>(Hemorragias Nasales)</i>		Blood in Urine <i>(Sangre de la orina)</i>		Joint Pain <i>(Dolor de articulaciones)</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Sore Throat <i>(Dolor de garganta)</i>		Frequent Urination <i>(Orinar frecuente)</i>		Rashes <i>(Sarpullidos)</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Cough <i>(Tos)</i>		Hemorrhoids <i>(Hemorroides)</i>		Allergies <i>(Alergias)</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Hoarseness <i>(Ronquera)</i>		Dizzy Spells <i>(Mareos)</i>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Shortness of Breath <i>(Falta de Alimento)</i>		Fainting Spells <i>(Ratos de desmayos)</i>		

**WOMEN
MUJERES**

Age you first started having periods _____ Date of last period _____
(La edad que primero comenzó su ciclo menstrual) (La fecha del último regla que tuvo)

Flow _____ Heavy _____ Moderate _____ Light _____
(El Flujo) (Grueso) (Moderado) (Leve)

Days of Flow _____ Length of cycle _____
(Días de Flujo) (Duración del ciclo)

Do you have pain or cramps during your periods? _____
(Tiene dolor o calambres durante su regla?)

Number of Pregnancies _____ Number of Live Births _____ Number of Miscarriages _____
(Número de embarazos) (Número de nacimientos vivos) (Número de abortos involuntarios)

Are you a nursing mother? _____ Birth Control Method _____
(Eres una madre que lacta?) (Método del control de la natalidad)

Date of last Mammogram _____ Date of last PAP Smear _____
(Fecha del último mamograma) (Fecha del último examen de Papanicolaou)

Have you ever had an abnormal PAP smear or Mammogram? _____ Yes _____ No
(He tenido una mamograma o examen del Papanicolaou que fue anormal?) (Si) (No)

**WHAT HEALTH PROBLEMS NEED TO BE ADDRESSED TODAY?:
(QUÉ PROBLEMAS DE SALUD DEBEN SER DIRIGIDAS HOY)**

1. _____
2. _____
3. _____

IF YOU HAVE ANY QUESTIONS ABOUT THIS FORM, OR IF THERE IS OTHER INFORMATION WHICH YOU HAVE AND WHICH YOU FEEL MIGHT BE IMPORTANT, PLEASE DISCUSS IT WITH YOUR DOCTOR. (Si usted tiene cualquier pregunta sobre esta forma, o si hay otra información que usted tiene y que usted siente quizás sea importante, por favor hable con su doctor).

ALSO, IF ANY OF THE INFORMATION WHICH YOU MAY HAVE PROVIDED SHOULD CHANGE, YOU SHOULD INFORM THE DOCTOR. (También, si cualquiera de la información que usted ha proporcionado debe cambiar, usted debe informar al doctor.)

NAME: _____
(Nombre)

DATE: _____
(Fecha)