

Patient History and Physical/Historia Médica y Física del Paciente

Patient Name/Nombre del Paciente: _____

Date of Birth/Fecha de Nacimiento: ____/____/____ **Height/Altura:** _____ **Weight/Peso:** _____

Reason for Visit/ Razón para la visita:

Medical Problems (include past and present)/ Problemas Médicos (incluye casos del pasado y presente):

Previous Surgeries (include year of surgery)/ Cirugías Previas (Incluye el año):

Allergies/ Alergias:

Family Medical History/ Historia Médica Familiar:
Mother/Mama: _____ **Father/Papa:** _____
Brother/Hermano: _____ **Sister/Hermana:** _____
Other/otro: _____ **Other/otro:** _____

Medications patient is currently taking, including dosage and frequency/ Medicamentos el paciente esta tomando ahora, incluyendo dosis y frecuencia:

Social history/ Historia Social:
Alcohol/alcohol..... [] **Current/Presente** [] **Past/Pasado** [] **Never/nunca**
Frequency/Frecuencia: _____
Tobacco/Tabaco..... [] **Current/Presente** [] **Past/Pasado** [] **Never/nunca**
Frequency/Frecuencia: _____
Substance Abuse/..... [] **Current/Presente** [] **Past/Pasado** [] **Never/nunca**
Abuso de otras sustancias **Frequency/Frecuencia:** _____

Pregnancy/ Embarazos:
Number/Cantidad: _____ **Dates/Fechas:** _____, _____, _____, _____
[] **C-section/Cesaría** (____) [] **Vaginal/vaginal** (____)
Complications/complicaciones: _____

Review of Systems/Revisión de Sistemas General

If a medical problem does not apply, please check, "No." If not, specify any medical problems on the line./ Si el paciente tiene problemas medicos, por favor, chequee la palabra, "No." Si algo si le aplica al paciente, explíquelo en la raya al lado.

(Yes, with explanation/ Si, con explicación)

NO

Head/Cabeza: _____

Eyes/Ojos: _____

Thyroid/Tiroides: _____

Heart/Corazón: _____

Liver/Hígado: _____

Epilepsy/Epilepsia: _____

Lungs/Pulmones: _____

Ears, Nose, Throat/Oidos, Nariz, Garganta: _____

Kidneys-Bladder/ Riñones: _____

Blood or Blood vessels/ Sangre: _____

Muscles-Bone/ Musculos-Huesos: _____

Digestive System/Sistema Digestivo: _____

Reproductive Organs/ Órganos Reproductivo: _____

Mental Illness/ Enfermedad Mental: _____

ADHD/TDAH: _____

Other/Otro: _____

Difficulties and/or allergies to anesthesia/ Dificultades o alergias de la anestesia:

Bleeding issues/ Problemas con sangramiento: **Yes/Si** **No/No**

➤ **Explanation/ Explicación:** _____

Aspirin/ Aspirina: **Yes/si** **No/No** **Frequency/frecuencia:** _____

Immunizations/Vacunas: Up to Date/Estan al Dia? **Yes/si** **No/No**