



1541 Annex Road, Jefferson, WI 53549
Phone: 920-674-7442 ♦ Fax: 920-674-7460

Patient Name-(NOMBRE del PACIENTE) _____ Date-(fecha) _____

HEALTH HISTORY – (Historia de Salud)

Please complete this form as accurately as possible. The information you provide will help in your health care. (To be filled out on the first visit only).

Por favor, complete esta forma con la mayor precisión posible. La información que usted escribe nos ayudará en el cuidado de la salud. (Para ser completado sólo en la primera visita).

Print Name (imprimir su nombre) _____

M (hombre) F (mujer) DOB(fecha de nacimiento) _____ Age ____ (Edad)

What is your main health problem today? (¿Cuál es su problema de salud hoy?) _____

What medications are you allergic to? (¿Qué medicamentos está usted alérgico?): _____

MEDICAL HISTORY - MEDICO FORENSE

Circle all conditions that apply to you. (Circula todas las condiciones que aplica a usted.)

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Arthritis (Artritis) | <input type="checkbox"/> Diabetes (Diabetes) | <input type="checkbox"/> Recent weight loss (Pérdida de peso reciente) |
| <input type="checkbox"/> Asthma (Asmas) | <input type="checkbox"/> Dizziness-Faintness (Mareos-desmayos) | <input type="checkbox"/> Rheumatic Fever (Fiebre reumática) |
| <input type="checkbox"/> Back Trouble (Problemas con la espalda) | <input type="checkbox"/> Epilepsy (Epilepsia) | <input type="checkbox"/> Seizures/convulsions (Convulsiones) |
| <input type="checkbox"/> Bladder Infection (Infección de la vejiga) | <input type="checkbox"/> Gall Bladder (Vesícula biliar) | <input type="checkbox"/> Shortness of breath (El corto de respiración) |
| <input type="checkbox"/> Cancer (Cáncer) | <input type="checkbox"/> Heart trouble (Problemas cardiacos) | <input type="checkbox"/> Stroke (infarto cerebral) |
| <input type="checkbox"/> Chronic Cough (tos crónico) | <input type="checkbox"/> Hemorrhoids (Hemorroides) | <input type="checkbox"/> Swollen Ankles (Tobillos hinchidos) |
| <input type="checkbox"/> Chronic Headaches (Dolores crónicos de cabeza) | <input type="checkbox"/> High blood pressure (Presión arterial alta) | <input type="checkbox"/> Tuberculosis (Tuberculosis) |
| <input type="checkbox"/> Chronic Skin Rash (Erupción de piel crónico) | <input type="checkbox"/> Kidney trouble (Problemas de riñón) | <input type="checkbox"/> Ulcer (Ulceras) |
| <input type="checkbox"/> Cough up blood (Tos con sangre) | <input type="checkbox"/> Mental illness (Enfermedad mental) | |

IMMUNIZATIONS (Indicate dates or provide a copy of your record if possible)

IMMUNIZACIONES (Indica fechas o traiga una copia de su record si posible)

Tetanus (Td) – (Tétano) _____ Pneumonia – (Pulmonía) _____

Hep B – Hepatitis B _____ Other - Otro _____

List any past surgeries – (Cirugías en el pasado) _____

List any chronic illness – (Enfermedades crónica) _____

List any past fractures or injuries – (Heridas o fracturados) _____

FAMILY HISTORY – HISTORIA FAMILIAR

	Relationship to you – (Relaciona de usted)		
Diabetes – (Diabetes)	<input type="checkbox"/> Yes – Si	<input type="checkbox"/> No	_____
High blood pressure – (Presión arterial alta)	<input type="checkbox"/> Yes - Si	<input type="checkbox"/> No	_____
Heart problems – (Problemas cardiacos)	<input type="checkbox"/> Yes - Si	<input type="checkbox"/> No	_____
Cancer – (Cáncer)	<input type="checkbox"/> Yes - Si	<input type="checkbox"/> No	_____
Mental health issues – (Enfermedad mental)	<input type="checkbox"/> Yes - Si	<input type="checkbox"/> No	_____

List any physicians in the area that you have seen within the past two years. (Doctores en el área que ha visto durante los dos años pasados.) _____

CURRENT MEDICATIONS (Include over the counter drugs such as aspirin, antacid, herbal vitamins, etc.)

MEDICAMENTOS ACTUALES (Incluya medicamentos como las aspirina, antiácidos, vitaminas hierbas, etc.)

Drugs (Drogas)	Frequency (Frecuencia)	Drugs (Drogas)	Frequency (Frecuencia)
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Yes - Si No Do you smoke cigarettes or use chewing tobacco? (¿Fuma cigarrillos o consume tabaco de mascar?)

If yes, how many packs of cigarettes per day: ___½-1 pack ___1-2 packs ___more than 2 packs

Si es que si, ¿cuántos paquetes de cigarrillos cada día?: ___½-1 paquete ___1-2 paquete ___mas de 2 paquete

Yes - Si No Do you drink alcoholic beverages? (¿Consumes bebidas alcohólicas?)

If yes, how often do you drink: ___occasionally ___1-2 drinks per day ___more than 2 drinks per day

Si es que si, ¿con que frecuencia bebes?: ___de vez en cuando ___1-2 bebidas cada día ___mas de 2 bebidas cada día

Yes - Si No Do you use recreational drugs? (¿Usa drogas recreativas?)

Yes - Si No Have you experienced abuse? (¿Ha experimentado abuso?)

Females – Mujer:

Yes – Si No Do you do monthly breast self exam? (¿examina sus pechos cada mes?)

Yes – Si No Have you ever had a mammogram? (¿Alguna vez has hecho una mamografía?) If yes, when? (En caso afirmativo, ¿cuándo?) _____

Yes – Si No Would you like information on any health problem? (¿Quieres información sobre cualquier problema de salud?) If yes, what? (En caso afirmativo, ¿que?) _____

Males – Hombre

Yes – Si No Do you do testicular exams? (¿Se examina sus testiculares?) _____

Yes – Si No Would you like information on any health problem? (¿Quieres información sobre cualquier problema de salud?) If yes, what? (En caso afirmativo, ¿que?) _____

CLIENT SIGNATURE – (FIRMA DE CLIENTE) _____ **DATE (FECHA)** _____

DO NOT WRITE BELOW THIS LINE: TO BE COMPLETED BY CLINIC STAFF
NO ESCRIBA DEBAJO DE ESTA LÍNEA: A RELLENAR POR LA CLÍNICA PERSONAL

Review health history with client and give any explanation to positive responses or any additional information that is obtained.

Signature of Interviewer: _____

Date: _____