

Patient: First Name (Nombre): _____ Middle Initial (Inicial): _____ Last Name (Apellido): _____

To better assess your health condition and its impact in the resolution of your injury or illness, please provide the following information.

PLEASE ANSWER ALL QUESTIONS		POR FAVOR, CONTESTE TODAS LAS PREGUNTAS.	
Yes/Si	No	Yes/Si	No
PAST MEDICAL HISTORY / ANTECEDENTES MEDICOS		RESPIRATORY SYSTEM (Cont.)	
	1. Allergies or hives Alérgias o urticaria		41. Emphysema or chronic bronchitis Enfisema o bronquitis crónica
	2. Medications Medicinas		42. Pneumonia Pneumonía o pulmonía
	3. Major illnesses or injuries Enfermedades/lesiones importantes		43. Tuberculosis Tuberculosis
	4. Hospitalizations or surgeries Hospitalizaciones o cirugías		45. Coughing of Blood Tos con sangre
	5. Blood transfusions Transfusiones de sangre	GASTROINTESTINAL TRACT	
	6. Worked in a hazardous environment Trabajo en ambientes peligrosos		46. Frequent Indigestion or reflux Indigestión o reflujo frecuentes
Yes/Si	FAMILY HISTORY / ANTECEDENTES FAMILIARES		47. Nausea or vomiting Náusea o vómitos
	7. Blood diseases in relatives Familiares con enfermedades de la sangre		48. Vomiting of Blood Vómitos con sangre
	8. Cancer or leukemia in relatives Familiares con cáncer o leucemia		49. Abdominal pain Dolor abdominal
	9. Diabetes in relatives Familiares con diabetes		50. Liver disease Enfermedades del hígado
	10. Heart Disease Familiares con enfermedades del corazón		51. Change in Bowel Habits Cambios en hábitos intestinales
	11. High Blood Pressure Familiares con presión alta		52. Frequent Constipation/Diarrhea Constipación o diarrea frecuentes
	12. Strokes in relatives Familiares con trombosis / ataques cerebrales		53. Blood in stools/Black stools Heces negras o con sangre
	13. Mental illnesses in relatives Familiares con enfermedades mentales		54. Hemorrhoids / Rectal Disease Hemorroides o enfermedades del recto
Yes/Si	SOCIAL HISTORY / ANTECEDENTES SOCIALES		GENITOURINARY TRACT
	14. Tobacco use. How much? _____ week Uso de tabaco. ¿Cuanto? _____ semana		55. Painful or difficult urination Dificultad o dolor al orinar
	15. Alcohol use. How much? _____ week Uso de alcohol. ¿Cuanto? _____ semana		56. Blood in urine Sangre en la orina
Yes/Si	REVIEW OF SYSTEMS / REVISION DE SISTEMAS		57. Kidney infection/stones Infecciones o cálculos del riñón
HAVE YOU HAD OR DO YOU COMMONLY HAVE: TIENE USTED NORMALMENTE O HA TENIDO:			58. Venereal Disease Enfermedades venéreas
CONSTITUTIONAL		MUSCULOSKELETAL SYSTEM	
	16. Recent gain or loss of weight Ganancia o pérdida de peso reciente		59. Joint pain or disease Enfermedades o dolor en las articulaciones
	17. Weakness, fatigue, or loss of appetite Debilidad, fatiga o poco apetito		60. Neck or back injury Lesiones del cuello o de la espalda
	18. Fever Fiebre		61. Foot Problems Problemas en los pies
SKIN		CENTRAL NERVOUS SYSTEM	
	19. Skin diseases or problems Enfermedades en la piel		62. Epilepsy, Convulsions Epilepsia, convulsiones, ataques
	20. Discoloration, pigmentation changes Cambios de color en la piel		63. Dizziness Mareos o vértigo
	21. Cancer/Tumors or cysts Cáncer, tumores o quistes		64. Muscle weakness or paralysis Parálisis o debilidad muscular
HEAD			65. Numbness in arms or legs Adormecimiento de manos o pies
	22. Frequent or severe headaches Dolores de cabeza frecuentes o severos	PSYCHIATRIC PROBLEMS	
EYES / VISION			66. Depression Depresión
	23. Eye injury, infection or pain Lesiones, infección o dolor en los ojos		67. Nervousness Nerviosismo
	24. Blurred, double or decreased vision Visión borrosa, doble, o disminuida		68. Mood swings Cambios del humor o del carácter
	25. Eye itching, burning or tearing Lagrimeo, picazón o quemazón en ojos		69. Sleep disturbances Trastornos del sueño
	26. Light sensitivity Sensibilidad a la luz		70. Alcoholism Alcoholismo
EARS, NOSE, THROAT, MOUTH			71. Drug abuse treatment/rehab Rehabilitación por adicción a drogas
	27. Loss or decreased hearing Pérdida o disminución de la audición	ENDOCRINE SYSTEM	
	28. Ear pain, infection, discharge Dolor, infección o secreción en oídos		72. Increased appetite Apetito exagerado
	29. Nose / Sinus Problems Problemas en la nariz o en senos nasales		73. Increased thirst Sed exagerada
	30. Dental/Gum Disease Enfermedades dentales o de las encías		74. Increased urination Aumento en la frecuencia o cantidad de orina
	31. Recurrent throat problems Problemas de garganta recurrentes		75. Diabetes/High Blood Sugar Diabetes / Azúcar en la sangre
	32. Voice Change / Hoarseness Ronquera o cambios en la voz		76. Hair loss Pérdida del cabello
CARDIOVASCULAR SYSTEM		BLOOD DISORDERS	
	33. Shortness of Breath Dificultad para respirar		77. Bleeding gums Sangramiento por las encías
	34. Chest Pain or Pressure Opresión o dolor en el pecho		78. Bruising Moretones o cardenales
	35. Palpitation/Pounding Heart Palpitaciones o saltos del corazón		79. Spontaneous nose bleeding Sangramiento espontáneo por la nariz
	36. High Blood Pressure Presión sanguínea elevada		80. Easy bleeding or hard to stop Sangramiento fácil o difícil de detener
	37. Swelling Feet/Ankles Hinchazón de pies o tobillos	FOR WOMEN ONLY	
	38. Varicose Veins Venas varicosas		81. Pregnant? Embarazada?
RESPIRATORY SYSTEM			82. Date last menstrual period? _____ Fecha última menstruación
	39. Chronic/Recurrent Cough/Cold Resfriado / tos crónica o recurrente		83. Irregular Menstruation? ¿Menstruación o períodos irregulares?
	40. Asthma / Wheezing Asma o pitos (sibilancias) en el pecho		84. Painful Menstruation ¿Menstruación o períodos dolorosos?

PLEASE WRITE THE NUMBER OF ANY YES ANSWERS AND EXPLAIN EACH ONE OF THEM IN THE SPACE BELOW.

Por favor, escriba aquí el número de las preguntas en las cuáles haya contestado que Sí y explique cada una de ellas en este espacio.

List all medications, both prescription and non-prescription (include vitamins, supplements, sleep meds, etc...) _____

Do you have any drug allergies? Yes / No List drugs if yes? _____

Do you have a living will? Yes / No Do you have a durable power of attorney? Yes / No

Explanations for questions 1—84 answered 'yes' _____

Continue on reverse if needed Yes / No

I certify that, to the best of my knowledge, the information provided above is complete and correct. Patient Signature: _____ Date: _____

PCA is an affiliate of US HealthWorks