

New Patient Health History

Patient's Name/Nombre:	Date:
------------------------	-------

Past Medical History (Historia Medica De Su Salud)			
	YES / NO	Year (Fecha)	Under MD Care
Varicose Veins (Venas Varicosas)	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO		
Hemorrhoids (Hemorroides/Hemorroidia)	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO		
Anemia	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO		
Bleeding Disorders (Trastornos hemorragicos)	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO		
Blood Clots (Coagulos de sangre)	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO		
Skin Cancer (Cancer de piel) Typo y Lugar	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO		
Malignant tumor (Tumor Maligno)	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO		
Diabetes	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO		
Atopic dermatitis/ Eczema (Dermatitis atopica)	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO		
Psoriasis	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO		
Arthritis (Artritis)	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO		
Hepatitis	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO		
Epilepsy (Epilepsia)	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO		
Kidney Troubles (Problemas renales)	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO		
Liver Troubles (Problemas hepaticos)	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO		
HIV /AIDS (VIH/SIDA)	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO		
Respiratory Problems (Problemas respiratorios)	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO		
Stomach Ulcer (Ulcera de estomago)	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO		
Thyroid Problems (Problemas de tiroides)	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO		
High Cholesterol (Colesterol alto)	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO		
Hypertension (Hipertesion/ Presion alta)	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO		
Coronary Artery Disease (Arteriopatia coronaria)	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO		
Arrhythmias (Arritmias)	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO		
Heart Murmurs (Soplis cardiacos)	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO		
Pacemaker/Defibrilator (Marcapasos/Defibrilador)	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO		
Artificial Hart Valves (Valvulas artificiales)	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO		
Stroke (Accidente cerebrovascular)	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO		
	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO		
Other - Please specify what other condition you have (Otro: Porfavor especifique que otra condicion tiene)			

Past Surgeries, Hospitalizations, Injuries, Invasive Procedures (Cirugías pasadas, hospitalizaciones, lesiones, procedimientos invasivos)		
Surgery/Hospitalization/Injury (Cirugías pasadas, hospitalizaciones, lesiones)	Date (Fecha)	Complication after procedure or anesthesia administration (Complicación después del procedimiento o la administración de anestesia.)

Family History (Father Mother, Sister Brother Grandparent) Historia Medica De Su Familia (Padre, Madre, Hermana, Hermano, Abuelitos)		
Disease (Enfermedad)	YES / NO	Family Member (Miembro de la familia)
Malignant tumor (Tumor Maligno)	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	
Skin Cancer (Cancer de piel) Typo y Lugar	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	
Diabetes	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	
Deep vein thrombosis – DVT (Trombosis profundas de venas)	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	
Varicose Veins (Venas Varicosas)	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	
Ulcers on Legs (Ulceras en las piernas)	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	
Other (Otro):		

Do you smoke? (Fumas)?	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
How many years? (Cuantos anos)?	
How many packs/cigaretts per day? (Cuantos paquetes/cigaros al dia)?	

Thank you for completing this form. Please bring it with you to your doctor's appointment.
Gracias por completar este formulario. Lleve este formulario a su cita con el doctor.

Patient Signature/ Firma del paciente:	Date/Fecha:
---	--------------------

Allergies and Current Medications

Patient's Name/Nombre:	Date:
------------------------	-------

Allergies to medications-if none please type None
(Alergias a medicamentos: Si no tiene ninguno, escriba ninguno)

MEDICATION (Medicamentos)	TYPE OF ALLERGIC REACTION (Tipo de reacción a la alergia de medicamento)

Patient Current Medications-if none please type None
(Medicamentos que está tomando el paciente: si no tiene ninguno, escriba ninguno.)

Name of Medication (Medicamentos)	DOSAGE and HOW OFTEN TAKEN (El dosis del medicamento y cuanto se toma)

I certify that above list of medications and allergies is up to date. There are no other medications I take besides ones listed above.
Cetifico que la lista de medicamentos y alegias esta actualizada. No tomo otros medicamentos, solo los medicamentos mencionados.

Patient Signature/ Firma del paciente:	Date/Fecha:
--	-------------