



## MEDICAL HISTORY QUESTIONNAIRE

(PAGE 1 OF 10)

Name/Nombre \_\_\_\_\_ Date/Fecha \_\_\_\_\_

Age/Edad \_\_\_\_\_ Birthdate/ Fecha de Nac. \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Race/Ethnicity/Raza \_\_\_\_\_

In order to help us provide you with the best medical care, please complete this form in as much detail as possible. Please bring the completed form with you at the time of your first visit. DO NOT MAIL IT.

Para poder ayudarnos a proveer el mayor cuidado medico, por favor llene esta forma lo mas detallada posible. Favor de traerla contigo llena el dia de su primera visita. No la envíe por correo.

Please write in your own words, the nature of your current gynecologic, colorectal or urologic medical problem. Por favor escribe en sus propias palabras, la naturaleza de su problema ginecologico, colorectal o urologico.

---

### Bladder Symptoms/ Síntomas de la vejiga

Stress Incontinence Questions/ Preguntas sobre incontinencia por causa de esfuerzo

Does coughing gently cause you to lose urine? /Usted tiene perdida de orina cuando tose?

\_\_\_ Often/ Siempre (3) \_\_\_ Sometimes/ A veces (2) \_\_\_ Rarely/ Rara vez (1) \_\_\_ Never/ Nunca (0)

Does coughing hard cause you to lose urine? Cuando tose fuerte se le sale la orina?

\_\_\_ Often/ Siempre (3) \_\_\_ Sometimes/ A veces (2) \_\_\_ Rarely/ Rara vez (1) \_\_\_ Never/ Nunca (0)

Does sneezing cause you to lose urine? Cuando estornuda se le sale la orina?

\_\_\_ Often/ Siempre (3) \_\_\_ Sometimes/ A veces (2) \_\_\_ Rarely/ Rara vez (1) \_\_\_ Never/ Nunca (0)

Does lifting objects cause you to lose urine? Cuando levanta algo pesado se le sale orina?

\_\_\_ Often/ Siempre (3) \_\_\_ Sometimes/ A veces (2) \_\_\_ Rarely/ Rara vez (1) \_\_\_ Never/ Nunca (0)

Does bending over cause you to lose urine? Si se dobla a recoger algo del suelo se le sale la orina?

\_\_\_ Often/ Siempre (3) \_\_\_ Sometimes/ A veces (2) \_\_\_ Rarely/ Rara vez (1) \_\_\_ Never/ Nunca (0)

Does laughing cause you to lose urine?/ Cuando se rie mucho se le sale la orina?

\_\_\_ Often/ Siempre (3) \_\_\_ Sometimes/ A veces (2) \_\_\_ Rarely/ Rara vez (1) \_\_\_ Never/ Nunca (0)

Does walking briskly cause you to lose urine?/ Cuando camina rapido se le sale la orina?

\_\_\_ Often/ Siempre (3) \_\_\_ Sometimes/ A veces (2) \_\_\_ Rarely/ Rara vez (1) \_\_\_ Never/ Nunca (0)

Does straining, if you are constipated, cause you to lose urine? Cuando puja para evacuar por estreñimiento se le sale la orina?

\_\_\_ Often/ Siempre (3) \_\_\_ Sometimes/ A veces (2) \_\_\_ Rarely/ Rara vez (1) \_\_\_ Never/ Nunca (0)

Does getting up from sitting to standing position cause you to lose urine?/ El pararse despues de estar sentada causa que se la salga la orina?

\_\_\_ Often/ Siempre (3) \_\_\_ Sometimes/ A veces (2) \_\_\_ Rarely/ Rara vez (1) \_\_\_ Never/ Nunca (0)

If yes to any of the above questions, then for how long?/ Si contesta que si a alguna pregunta, cuanto tiempo?

\_\_\_\_\_ Months/ meses, Years/ años

MEDICAL HISTORY QUESTIONNAIRE  
(PAGE 2 OF 10)

---

Urge Incontinence Questions/ Preguntas sobre incontinencia por urgencia

Some People receive very little warning and suddenly find that they are losing, or about to lose urine beyond their control. How often does this happen to you?/ Algunas personas tienen perdida de orina sin aviso y sin poder controlarlo. Cuan amenudo le sucede esto?

\_\_\_ Often/ Siempre (3) \_\_\_ Sometimes/ A veces (2) \_\_\_ Rarely/ Rara vez (1) \_\_\_ Never/ Nunca (0)

If yes, then how long? Si constesta que si a alguna pregunta, cuanto tiempo?

\_\_\_ (Months/meses, Years/ anos)

If you can't find a toilet or find one that is occupied and you have an urge to urinate, how often do you end up losing urine and wetting yourself?/ Si no puede encontrar un bano o lo encuentra ocupado, con que frecuencia termina saliendosele la orina y mojandose?

\_\_\_ Often/ Siempre (3) \_\_\_ Sometimes/ A veces (2) \_\_\_ Rarely/ Rara vez (1) \_\_\_ Never/ Nunca (0)

Do you lose urine when you suddenly have the feeling that your bladder is full?/ Se le sale la orina cuando siente la sensacion de repente de que su vejiga esta llena?

\_\_\_ Often/ Siempre (3) \_\_\_ Sometimes/ A veces (2) \_\_\_ Rarely/ Rara vez (1) \_\_\_ Never/ Nunca (0)

Does washing your hands cause you to lose urine?/ El lavarse las manos le causa perdida de orina?

\_\_\_ Often/ Siempre (3) \_\_\_ Sometimes/ A veces (2) \_\_\_ Rarely/ Rara vez (1) \_\_\_ Never/ Nunca (0)

Does cold weather cause you to lose urine? El clima frio le causa que se le salga la orina?

\_\_\_ Often/ Siempre (3) \_\_\_ Sometimes/ A veces (2) \_\_\_ Rarely/ Rara vez (1) \_\_\_ Never/ Nunca (0)

Does drinking cold beverages cause you to lose urine?/ El tomar algo frio causa perdida de orina?

\_\_\_ Often/ Siempre (3) \_\_\_ Sometimes/ A veces (2) \_\_\_ Rarely/ Rara vez (1) \_\_\_ Never/ Nunca (0)

Do you use pads for urine leakage?/ Utiliza toallas sanitarias para el escape de orina? Yes/Si \_\_\_ No \_\_\_

If yes, what type of pad?/ Si los usa, que tipo \_\_\_\_\_

How often do you change your pad per day?/ Cuantas veces se cambia la toalla o panal al dia? \_\_\_\_\_

On average, how often do you urinate during the day?/ En promedio cuantas veces orina en el dia?

\_\_\_ times/veces. And at Night?/ En la noche? \_\_\_\_\_ times/veces

Do you experience a burning sensation when you urinate?/ Siente ardor al orinar? \_\_\_ Yes/Si \_\_\_ No

Do you have blood in your urine?/ Tiene sangre en su orina? \_\_\_ Yes/Si \_\_\_ No

Do you have more than 3 bladder infections per year?/ Ha tendio mas de 3 infecciones de orina por ano?

\_\_\_ Yes/Si \_\_\_ No

Do you have difficulty urinating or have a strain with urination?/ Tiene dificultad para orinar? \_\_\_ Yes \_\_\_ No

Do you feel that your bladder does not empty completely?/ Siente que puede vaciar su vejiga completamente?

\_\_\_ Yes/Si \_\_\_ No

Do you have to push on a bulge in the vaginal area to empty your bladder?/ Tiene que empujarse alguna protuberancia en el area vaginal para poder orinar? \_\_\_ Yes/ Si \_\_\_ No

MEDICAL HISTORY QUESTIONNAIRE

(PAGE 3 OF 10)

VAGINAL PROLAPSE Symptoms/ Síntomas de prolapso vaginal

Do you experience pelvic pressure, heaviness or dullness?/Siente presión o pesades pélvica? \_\_\_ Yes/Si \_\_\_ No

Do you see or feel a bulge, or something falling out of the vaginal area?/Puede ver o sentir alguna protuberancia o que se le esta saliendo algo en la vagina? \_\_\_ Yes/Si \_\_\_ No

SEXUAL Symptoms/Sintomas sexuales

How long have you been with your current sexual partner?/Cuanto tiempo lleva con su compañero? \_\_\_\_\_

Is your sex life satisfactory?/Su vida sexual le satisface? \_\_\_ Yes/Si \_\_\_ No

While answering the questions, consider your sexuality over the past six months./ Mientras contestas las siguientes preguntas, considere su sexualidad en los pasados 6 meses.

1. How frequently do you feel sexual desire?/Cuan frecuente siente usted deseo sexual? This feeling may include wanting to have sex, planning to have sex, feeling frustrated due to lack of sex, etc./Este sentimiento puede incluir desear tener sexo, planear tener sexo, estar frustada por falta de sexo, etc.  
 Always (4)  Usually (3)  Sometimes (2)  Seldom (1)  Never (0)  
 Siempre Usualmente A veces Rara vez Nunca
2. Do you climax (have an orgasm) when having sexual intercourse with your partner?/ Tiene usted climax(orgasmo) cuando tiene relaciones sexuales con su pareja ?  
 Always (4)  Usually (3)  Sometimes (2)  Seldom (1)  Never (0)  
 Siempre Usualmente A veces Rara vez Nunca
3. Do you feel sexually excited (turned on) when having sexual activity with your partner?/ Se siente sexualmente excitada cuando tiene relaciones sexuales con su pareja?  
 Always (4)  Usually (3)  Sometimes (2)  Seldom (1)  Never (0)  
 Siempre Usualmente A veces Rara vez Nunca
4. How satisfied are you with the variety of sexual activities in your current sex life?/Cuan satisfecha esta con la variedad de actividades sexuales en su vida sexual actualmente?  
 Always (4)  Usually (3)  Sometimes (2)  Seldom (1)  Never (0)  
 Siempre Usualmente A veces Rara vez Nunca
5. Do you feel pain during sexual intercourse?/Siente dolor durante las relacion sexual?  
 Always (4)  Usually (3)  Sometimes (2)  Seldom (1)  Never (0)  
 Siempre Usualmente A veces Rara vez Nunca
6. Are you incontinent of urine (leak urine) with sexual activity?/Tiene usted incontinencia urinaria con actividad sexual?  
 Always (4)  Usually (3)  Sometimes (2)  Seldom (1)  Never (0)  
 Siempre Usualmente A veces Rara vez Nunca

## MEDICAL HISTORY QUESTIONNAIRE

(PAGE 4 OF 10)

7. Does fear of incontinence (either stool or urine) restrict your sexual activity?/El miedo a la incontnencia (de excreta u orina) restringe su actividad sexual?  
 Always (4)  Usually (3)  Sometimes (2)  Seldom (1)  Never (0)  
 Siempre Usualmente A veces Rara vez Nunca
8. Do you avoid sexual intercourse because of bulging in vagina (the bladder, rectum, or vagina falling out?)/ Evita relaciones sexuales por que siente una protuberancia en la vagina(la vejiga, recto o la vagina que se la sale?)  
 Always (4)  Usually (3)  Sometimes (2)  Seldom (1)  Never (0)  
 Siempre Usualmente A veces Rara vez Nunca
9. When you have sex with your partner, do you have negative emotional reactions such as fear, disgust, shame or guilt?/Cuando tiene relaciones sexuales con su pareja siente reacciones emocionales negativas como miedo, disgusto, verguenza o culpa?  
 Always (4)  Usually (3)  Sometimes (2)  Seldom (1)  Never (0)  
 Siempre Usualmente A veces Rara vez Nunca
10. Does your partner have a problem with erections that affects your sexual activity?/Tiene su pareja problemas de ereccion que afecta se actividad sexual?  
 Always (4)  Usually (3)  Sometimes (2)  Seldom (1)  Never (0)  
 Siempre Usualmente A veces Rara vez Nunca
11. Does your partner have a problem with premature ejaculation that affects your sexual activity?/Tiene su pareja problemas de eyaculación prematura que afecte su actividad sexual?  
 Always (4)  Usually (3)  Sometimes (2)  Seldom (1)  Never (0)  
 Siempre Usualmente A veces Rara vez Nunca
12. Compared to orgasms you have had in the past, how intense are the orgasms you have had in the past 6 months?/Comparado a orgasmos que ha tenido en el pasado, cuan intenso son los orgasmos que ha tenido en los pasados seis meses?  
 Much less intense/Mucho menos intenso (0)  Less intense/Menos intenso (1)  Same intensity/ Igual de intenso (2)  More intense/Mas intenso (3)  Much more intense/Mucho mas intenso (4)

Do you have any questions about sex you would like to ask?/Tiene alguna pregunta sobre sexo que le gustaria hacer?  
 Yes/Si  No

Have you been a victim of domestic violence or sexual abuse?/ Ha sido victim de violencia domestica o abuso sexual?  
 Yes/Si  No

### BOWEL Symptoms/ Sintomas intestinales

Do you have problems with:/Tiene problemas con los siguientes:

Diarrea?  Yes/Si  No Constipation?/ estreñimiento?  Yes/Si  No

Fecal incontinence/leaking stool?/Incontinencia fecal?  Yes/Si  No

If yes, how long? Si contesta afirmativo, por cuanto tiempo? \_\_\_\_\_

Do you leak solid stool?/Cuando se le sale le excreta es solida?  Yes/si  No

Loose Stool?/Blanda  Yes/Si  No Liquid Stool?/liquida  Yes/Si  No Gas?/Gas?  Yes/Si  No

Do you leak stool with coughing, laughing, or physical activity?/Se le sale la excreta cuando tose, se rie, o hace alguna actividad física?  Yes/Si  No

MEDICAL HISTORY QUESTIONNAIRE

(PAGE 5 OF 10)

With urgency?/con urgencia? \_\_\_ Yes/si \_\_\_ No                      Anal/Rectal Bleeding/Sangra anal o rectal? \_\_\_ Yes/Si \_\_\_ No

Change in bowel habits?/Algún cambio en sus hábitos de evacuar? \_\_\_ Yes/Si \_\_\_ No

Anal pain or Hemorrhoids?/Tiene dolor en el ano o hemorroides? \_\_\_ Yes/Si \_\_\_ No

Do you feel your bowels do not empty completely after a bowel movement?/Siente que no vacía sus intestinos completamente después de evacuar? \_\_\_ Yes/Si \_\_\_ No

Do you have to push on the vagina or around the rectum to empty your bowels?/Siente que tiene que presionar en la vagina o alrededor del recto para vaciar sus intestinos? \_\_\_ Yes/Si \_\_\_ No

Frequency of bowel movements?/Cuántos veces evacua? \_\_\_\_\_/day/dia: \_\_\_\_\_ week/semanas

Have you had a colonoscopy?/Le han hecho una colonoscopia antes? \_\_\_ Yes/Si \_\_\_ No

Date of last/ Fecha de la última \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Results/ resultados \_\_\_\_\_

Have you had prior surgery for prolapse or incontinence?/Ha tenido cirugía antes por prolapso o incontinencia?

\_\_\_ Yes/Si \_\_\_ No    If yes, what surgeries?/Si contesto afirmativo, que clase de cirugía? \_\_\_\_\_

GYNECOLOGIC/OBSTETICIAL HISTORY/ Historial Ginocologico/Obstetrico

Age when periods first started?/Edad que tuvo su primer período? \_\_\_\_\_

Date most recent menstrual period started/Dia de su ultimo período menstrual \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Number of days from the start of one period to the start of the next period/Cada cuantos días le viene su período? \_\_\_\_\_

Are you periods regular?/Son sus períodos regulares? \_\_\_ Yes/Si \_\_\_ No

How long do your periods last?/Cuántos días le dura el período? \_\_\_\_\_

Do you have bleeding between periods?/Tiene sangrando entre períodos? \_\_\_ Yes/Si \_\_\_ No

Do you have bleeding during intercourse?/Tiene sangrado despues de tener sexo? \_\_\_ Yes/Si \_\_\_ No

Do you have heavy menstrual periods?/Tiene periodos de sangrado fuerte? \_\_\_ Yes/Si \_\_\_ No

Do you have pain with periods?/Le da dolor con sus períodos? \_\_\_ Yes/Si \_\_\_ No

Birth Control Method?/Método anticonceptivo? \_\_\_\_\_

Have you gone through menopause?/Ya pasó por la menopausia? \_\_\_ Yes/Si \_\_\_ No. If yes, at what age?/ Si es afirmativo, a que edad? \_\_\_\_\_

Number of pregnancies?/Numero de embrazos? \_\_\_\_\_

Number of children born alive?/Numero de niños nacidos vivos? \_\_\_\_\_

Number of miscarriages?/Numero de pérdidas ? \_\_\_\_\_

Number of abortions?/Numero de abortos ? \_\_\_\_\_



## MEDICAL HISTORY QUESTIONNAIRE

(PAGE 6 OF 10)

Number of Ectopics (tubal)?/Numero de ectópicos? \_\_\_\_\_

Type of deliveries (Number each type)/Tipos de parto (enumera cada uno)

\_\_\_\_\_ Vaginal

\_\_\_\_\_ Forceps

\_\_\_\_\_ C-Section/ Cesárea

\_\_\_\_\_ Vacuum/ Succión

Weight of largest Vaginal delivery?/Peso de su bebe mas grande? \_\_\_\_\_ Pounds/Libras \_\_\_\_\_ Ounces/onzas

Tear into the rectum?/Laceración al recto? \_\_\_\_ Yes/Si \_\_\_\_ No

Are you taking estrogen replacement therapy?/Esta usted usando terapia de reemplazo de estrógeno? \_\_\_\_ Yes/Si \_\_\_\_ No

If yes, which one?/Si es así, que clase? \_\_\_\_ Oral \_\_\_\_ Vaginal

Date of last Pap Smear?/Fecha del último papanicolau \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/ Normal \_\_\_\_ Yes/Si \_\_\_\_ No

Date of last Mammogram?/Fecha del último mamograma \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Normal \_\_\_\_ Yes/Si \_\_\_\_ No

Have you had any treatment to your cervix?/Ha tenido algun tratamiento al cuello del utero? \_\_\_\_ Yes/Si \_\_\_\_ No

If yes, when?/Si es asi, cuando? \_\_\_\_\_ Cautery/Cauterizacion \_\_\_\_\_ Cryosurgery/Criocirugía \_\_\_\_\_ Other/otro \_\_\_\_\_

Have you ever had a Sexually Transmitted Infection?/Alguna vez ha tenido una infección de transmisión sexual?

If yes, when?/Si es asi, cuando? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Herpes

\_\_\_\_\_ Trichomonas/Tricomonas

\_\_\_\_\_ Chlamydia/Clamidia

\_\_\_\_\_ HIV/VIH

\_\_\_\_\_ Gonorrhea/Gonorrea

\_\_\_\_\_ Condyloma/Warts/Verrugas genitales

\_\_\_\_\_ Pelvic Inflammatory Disease/PID/Enfermedad de inflamación pélvica

\_\_\_\_\_ Other/Otro

Have you had a Hysterectomy?/Ha tenido una histerectomía? \_\_\_\_ Yes/Si \_\_\_\_ No

If yes, when and why?/ Si es asi, cuando y porqué razón? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Abdominal

\_\_\_\_\_ Vaginal

\_\_\_\_\_ Laparoscopic/Laparoscopia

Have you had surgery to remove one or both ovaries?/Le han hecho cirugía para remover uno o ambos ovarios?

\_\_\_\_\_ Yes/Si \_\_\_\_ No

## MEDICAL HISTORY QUESTIONNAIRE

(PAGE 7 OF 10)

### PAST MEDICAL HISTORY/Historial médico pasado:

(Check if your answer is yes/Haga una marca a los que si)

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Heart Disease/ Enfermedad del Corazón       | <input type="checkbox"/> Tuberculosis  |
| <input type="checkbox"/> Heart Murmur/Soplo en el Corazón            | <input type="checkbox"/> Serious Injuries or Accidents/Lesiones o accidentes serios              |
| <input type="checkbox"/> Kidney Infection/Infección del riñón        | <input type="checkbox"/> High Blood Pressure/Alta presión  |
| <input type="checkbox"/> Diabetes                                    | <input type="checkbox"/> Asthma/Asma   |
| <input type="checkbox"/> Stroke/Derrame cerebral                     | <input type="checkbox"/> Emphysema/COPD/Enfisema   |
| <input type="checkbox"/> Anxiety/Ansiedad                            | <input type="checkbox"/> Reflux/ Indigestión/Reflujo   |
| <input type="checkbox"/> Depression/Depresión                        | <input type="checkbox"/> Any Implantable Devices/Algun implante                                  |
| <input type="checkbox"/> Liver Disease/Enfermedad del Hígado         | <input type="checkbox"/> Ulcer (Stomach, intestinal)/Ulceras(estomacales,intestinales)           |
| <input type="checkbox"/> Pneumonia/Pulmonía                          | <input type="checkbox"/> Antibiotics before procedures/Toma antibióticos antes de procedimientos |
| <input type="checkbox"/> Thyroid Disease/Enfermedad de la tiroide    |  |
| <input type="checkbox"/> Arthritis/Artritis                          |  |
| <input type="checkbox"/> Multiple Sclerosis/Esclerosis Múltiple      |  |
| <input type="checkbox"/> Parkinson's Disease/Enfermedad de Parkinson |  |
| <input type="checkbox"/> Cáncer,Type/Cancer,tipo _____               |  |
| <input type="checkbox"/> Other/otros _____                           |  |

### SURGICAL HISTORY/ Historial quirurgico

(Check if your answer is yes and give the date of the surgery/Haga una marca si contesta afirmativo y ponga la fecha de la cirugía)

Have you had any operations?/Ha tenido operaciones antes? \_\_\_ Yes/Si \_\_\_ No

- Appendectomy/Apendectomía – Date of Surgery/fecha de cirugía \_\_\_\_\_
- Breast surgery (Biopsy, lumpectomy, mastectomy)/Cirugía de seno (Biopsia, lumpectomia, mastectomia) – Date of Surgery/fecha de cirugía \_\_\_\_\_
- Exploratory Laparotomy/Exploratoria laparotomía – Date of Surgery/ fecha de cirugía \_\_\_\_\_
- Bowel or Stomach Surgery/ Cirugía del intestino o estómago – Date of Surgery/fecha de cirugía \_\_\_\_\_
- Hip Surgery/ Cirugía de la cadera – Date of Surgery/fecha de cirugía \_\_\_\_\_
- Spine Surgery/Cirugía de la espina dorsal – Date of Surgery/fecha de cirugía \_\_\_\_\_
- Thyroid Surgery/Cirugía de la tiroide – Date of Surgery/fecha de cirugía \_\_\_\_\_
- Gallbladder/Cholecystectomy/Vesícula/Colecistectomia – Date of Surgery/fecha de cirugía \_\_\_\_\_
- Breast Plastic Surgery/Cirugía plastica de los senos – Date of Surgery/fecha de cirugía \_\_\_\_\_
- Diagnostic Laparoscopy/Laparoscopia diagnóstica – Date of Surgery/fecha de cirugía \_\_\_\_\_
- Hernia Repair/Reparación de hernia – Date of Surgery/fecha de cirugía \_\_\_\_\_
- Knee Surgery/Cirugía de rodilla – Date of Surgery/fecha de cirugía \_\_\_\_\_
- Tonsillectomy/Tonsilectomía – Date of Surgery/fecha de cirugía \_\_\_\_\_
- Other/Otras \_\_\_\_\_ – Date of Surgery/fecha de cirugía \_\_\_\_\_

Have you had any Blood Transfusions?/Ha tenido transfusiones de sangre? \_\_\_ Yes/ Si \_\_\_ No



## MEDICAL HISTORY QUESTIONNAIRE

(PAGE 8 OF 10)

### FAMILY HISTORY/Historial familiar

Has anyone in your family had any of these diseases? If so, please give a relationship/Alguien de su familia ha tenido algunas de estas enfermedades? Si es asi, su relacion.

- High Blood Pressure/Presion alta \_\_\_\_\_
- Stroke/Derrame cerebral \_\_\_\_\_
- Bleeding Problems/Problemas de sangrado \_\_\_\_\_
- Heart Disease/Enfermedad del Corazón \_\_\_\_\_
- Ovarian Cancer/Cáncer del ovario \_\_\_\_\_
- Diabetes \_\_\_\_\_
- Breast Cancer/ Cáncer del seno \_\_\_\_\_
- Colitis \_\_\_\_\_
- Colon/Rectal Cancer/Cáncer del colon/recto \_\_\_\_\_
- Other Cancer/Otro Cáncer \_\_\_\_\_

List other Diseases/Mencione otras enfermedades \_\_\_\_\_

Father/Padre: \_\_\_\_\_ Alive/Vivo \_\_\_\_\_ Deceased/Fallecido; if so, cause/Si es asi, causa \_\_\_\_\_

Mother/Madre: \_\_\_\_\_ Alive/Vivo \_\_\_\_\_ Deceased/Fallecido; if so, cause/Si es asi, causa \_\_\_\_\_

---

### SOCIAL HISTORY/Historial Social

Current marital status/Estatus marital actual:

- Married/Casada       Divorced/Divorciada       Separated/Separada
- Single/Soltera       Widowed/Viuda

Number of people living in your household?/Cuantas personas viven en su casa? \_\_\_\_\_

Your Occupation/Cual es su ocupación? \_\_\_\_\_

---

### HEALTH HABITS/Habitos de salud

Do you smoke?/Fuma? \_\_\_\_ Yes/Si \_\_\_\_ No

If yes, how many packs per day?/Si es asi, cuantas cajetillas por dia? \_\_\_\_\_

If no, did you smoke in the past?/Si no, fumaba en el pasado? \_\_\_\_ Yes/Si \_\_\_\_ No

If yes, how many packs per day?/Si es asi, cuantas cajetillas por dia? \_\_\_\_\_

Do you use alcohol?/Toma bebidas alcohólicas? \_\_\_\_ Yes/Si \_\_\_\_ No

Do you use drugs?/Usa drogas? \_\_\_\_ Yes/Si \_\_\_\_ No

Do you exercise regularly?/Hace ejercicios regularmente? \_\_\_\_ Yes/Si \_\_\_\_ No

If yes, what type of exercise do you do?/Si es asi, que tipo de ejercicio hace? \_\_\_\_\_





## MEDICAL HISTORY QUESTIONNAIRE

(PAGE 9 OF 10)

### Allergies/Alergias

Do you have any allergies?/Tiene alergia algun medicamento? \_\_\_\_ Yes/Si \_\_\_\_ No

If yes, please list/ Si es asi, enumere a que: \_\_\_\_\_

---

### MEDICATIONS/Medicamentos

Please list all medicines which you are taking (including contraceptives, hormones, vitamins and over the counter medications) Use a separate sheet if necessary/ Por favor enumere todos los medicamentos que esta tomando actualmente (incluya contraceptivos, hormonas, vitaminas y medicamentos sin receta.) Use una hoja separada si es necesario.

Medication/Medicamento: \_\_\_\_\_ Dosage/Dosis: \_\_\_\_\_

Medication/Medicamento: \_\_\_\_\_ Dosage/Dosis: \_\_\_\_\_

Medication/Medicamento: \_\_\_\_\_ Dosage/Dosis: \_\_\_\_\_

Medication/Medicamento: \_\_\_\_\_ Dosage/Dosis: \_\_\_\_\_

Medication/Medicamento: \_\_\_\_\_ Dosage/Dosis: \_\_\_\_\_

Medication/Medicamento: \_\_\_\_\_ Dosage/Dosis: \_\_\_\_\_

Medication/Medicamento: \_\_\_\_\_ Dosage/Dosis: \_\_\_\_\_

Medication/Medicamento: \_\_\_\_\_ Dosage/Dosis: \_\_\_\_\_

Medication/Medicamento: \_\_\_\_\_ Dosage/Dosis: \_\_\_\_\_

Medication/Medicamento: \_\_\_\_\_ Dosage/Dosis: \_\_\_\_\_

Medication/Medicamento: \_\_\_\_\_ Dosage/Dosis: \_\_\_\_\_

Medication/Medicamento: \_\_\_\_\_ Dosage/Dosis: \_\_\_\_\_

---

### REVIEW OF SYMPTOMS/Repaso de Sistema

(Please check if any of the following symptoms apply/Por Favor marque si estos sintomas le aplica a usted)

#### Constitutional Symptoms/

#### Sintomas constitucionales

- Fever/fiebre
- Chills/escalofríos
- Weight loss/perdida de peso
- Weight gain/aumento de peso
- Other/Otro \_\_\_\_\_

#### Ear/Nose/Throat/ Oidos/Nariz/Garganta

- Ear pain/ dolor de oido
- Ringing in ears/ Zumbido en los oidos
- Decreased hearing/perdida de audicion
- Frequent bloody noses/sangrado nasal
- Sore Throat/dolor de garganta
- Other/Otro \_\_\_\_\_

MEDICAL HISTORY QUESTIONNAIRE

(PAGE 10 OF 10)

Eyes/Ojos

- Blurred Vision/visión borrosa
- Double Vision/ visión doble
- Eye pain/ dolor de ojo
- Other/Otro \_\_\_\_\_

Breast/Senos

- Breast Lumps/tumor de mama
- Nipple Discharge/secrecion del pezón
- Breast Pain/dolor de mamas
- Other/Otro \_\_\_\_\_

Cardiovascular

- Chest Pain/dolor de pecho
- Palpitations/palpitaciones
- Passing out/loss of consciousness/desmayos/pérdida de conciencia
- Swelling in legs/hinchazón de las piernas
- Other/Otra \_\_\_\_\_

Neurologic/Neurologico

- Weakness/debilidad
- Numbness/tingling/entumecimiento
- Seizures/ convulsiones
- Tremors/temblores
- Headaches/dolor de cabeza
- Other/Otra \_\_\_\_\_

Respiratory/Respiratorio

- Cough/toz
- Shortness of Breath/falta de aire
- Coughing up blood/toser sangre
- Wheezing/sibilancia
- Other/Otra \_\_\_\_\_

Psychiatric/ Psiquiatrico

- Depression/depresión
- Anxiety/ ansiedad
- Psychiatric Treatment/ tratamiento psiquiátrico
- Other/Otra \_\_\_\_\_

Gastrointestinal/ Gastrointestinal

- Nausea
- Vomiting/vómitos
- Loss of appetite/pérdida de apetito
- Abdominal Pain/dolor abdominal
- Black stool/excreta negra
- Indigestion/Heartburn/acidez
- Other/Otro \_\_\_\_\_

Endocrine/Endocrino

- Too cold/mucho frío
- Too hot/ mucho calor
- Excessive thirst/sed excesiva
- Fatigue/cansancio o fatiga
- Other/Otra \_\_\_\_\_

Genitourinary/ Genitourinario

- Vaginal Discharge/secreciones vaginales
- Kidney Stones/cálculos renales
- Other/Otro \_\_\_\_\_

Hematologic/Lymphatic/ Hematológico/Linfático

- Easy Bruising/moretos con facilidad
- Bleeding/ Sangrado
- Anemia/Low Blood Count/Anemia/Contaje de sangre bajo
- Swollen Glands/glandulas inflamadas
- Other/Otra \_\_\_\_\_

Musculoskeletal/Musculoesqueletal

- Neck Pain/dolor de cuello
- Back Pain/ dolor de espalda
- Joint Pain/ dolor en las articulaciones
- Difficult Walking/ dificultad al caminar
- Other/Otro \_\_\_\_\_

Allergic/Immunologic/Alergias/Inmunológico

- Hives/Urticaria
- Hay Fever/ Fiebre de heno
- Other/Otro \_\_\_\_\_

Skin/Piel

- Skin Rash/erupción de la piel
- Persistent itching/ picor consistente
- Change in mole/ cambio en un lunar
- Other/Otra \_\_\_\_\_