

## PATIENT HISTORY REGISTRATION FORM

### FORMULARIO DE REGISTRACION PARA HISTORIAL DE PACIENTE

Today's Date/ Fecha de Hoy:		PCP:			
PATIENT INFORMATION/ INFORMACION DE PACIENTE					
Patient's last name/ Apellido de Paciente:		First/ Primer:	Middle/ Segundo:	Marital status/ Estado Matrimonial:	Social Security Number / Numero de Seguro Social:
Is this your legal name?/Este es su nombre legal? <input type="checkbox"/> Yes/SI <input type="checkbox"/> No	If not, what is your legal name?/ Si no lo es, cual es su nombre legal?	Previous name/ Nombre anterior:		Birth date/Fecha de nacimiento: ____/____/____	Age/Edad  Sex/Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Address/ Direccion:		City/Ciudad	State/Estado	Zip/Codigo	
Race/Raza: <input type="checkbox"/> Black – Non Hispanic/ No Hispano <input type="checkbox"/> Asian/Pacific Islander /Asiatico o de Islas Pacificas		<input type="checkbox"/> American Indian/Alaskan Native/Indio Americano o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> White – Non Hispanic/ Blanco- No Hispano		<input type="checkbox"/> Hispanic/Hispano <input type="checkbox"/> Other/Otro	
Email Address/Correo electronico:		Home phone no./Numero de casa: <input type="checkbox"/> Preferred/Preferido		Cell phone no./Numero de Celular: <input type="checkbox"/> Preferred	
Language/Idioma: Need Interpreter?/Necesita Interprete?		Patient's Employer/Empleador de Paciente		Employer's Address/Direccion de Empleador	
Spouse's Name/Nombre de Conyuge		Spouse's Social Security #/# de seguro social de conyuge:		Spouse's Work Number/Numero de trabajo de Conyuge:	
Spouse's Date of Birth/ Fecha de nacimiento de Conyuge: ____/____/____		Spouse's Employer/Empleador de Conyuge:		Spouse's Employer Address/Direccion de Empleador de Conyuge:	
Emergency Contact Name/Nombre de contacto de Emergencia:		Emergency Contact Address/Direccion de Contacto de Emergencia:		Emergency Contact Phone No./# de telefono de Contacto de Emergencia:	
Emergency Contact Relation to Patient / Relacion del contacto de emergencias al paciente:		Emergency Contact Date of Birth / Fecha de nacimiento del contacto de emergencias:			
IF PATIENT IS A MINOR, COMPLETE THIS SECTION/ SI PACIETE ES MENOR, COMPLETE ESTA SECCION					
Are the parents/Los padres estan ____ Married/Casados ____ Single/Solteros ____ Separated/Separados ____ Divorced/Divorciados ____ Widowed/Viudo					
Mother's Name/Nombre de Madre:		Mother's Employer/Empleador de Madre:		Mother's Date of Birth / Phone Number Fecha de Nacimiento de Madre/# de teléfono ____/____/____ - ____-____-____	
Father's Name/Nombre de Padre:		Father's Employer/Empleador de Padre:		Father's Date of Birth / Phone Number Fecha de Nacimiento de Padre/ # de teléfono ____/____/____ - ____-____-____	
Guardian's Name/ Nombre de Guardian:		Relationship/Relacion:		Date of Birth / Phone Number Fecha de nacimiento/# de telefono ____/____/____ - ____-____-____	

**PRIMARY INSURANCE/SEGURO PRIMARIO**

Name of Insurance Company/Nombre de Compañia de Seguro:	Group #/# de Grupo:	Plan Number/Numero de Plan Policy Number/Numero de Poliza
Address of Insurance Company Direccion de Compañia de Seguro	Insured's Social Security Number Numero de Seguro Social del Asegurado	Insured's Date of Birth      Effective Date of Insurance Fecha de nacimiento de      _____-_____-_____ Asegurado ____/____/____

**SECONDARY INSURANCE/SEGURO SECUNDARIO**

Name of Insurance Company Nombre de Compañia de Seguro	Group # # de Grupo	Plan Number /No. de Plan Policy Number/Numero de Poliza
Address of Insurance Company Direccion de Compañia de Seguro	Insured's Social Security Number No. de seguro social de asegurado	Insured's Date of Birth      Effective Date of Insurance Fecha de nacimiento de      _____-_____-_____ Asegurado ____/____/____

**PAST MEDICAL HISTORY/ANTECEDENTES MEDICOS**

(Please check all that apply)

- |  |   |   |   |
|--|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Asthma/ Asma  | <input type="checkbox"/> Crohn's Disease/ Enfermedad de Crohn's     | <input type="checkbox"/> Hepatitis A / B / C                        | <input type="checkbox"/> Tuberculosis (TB)  |
| <input type="checkbox"/> Atrial Fibrillation                                   | <input type="checkbox"/> C R F- Kidney Failure/ Insuficiencia renal | <input type="checkbox"/> Infertility/ Infertilidad                  | <input type="checkbox"/> Valvular Heart Disease/ Enfermedad Cardiaca Valvular           |
| <input type="checkbox"/> Anemia  | <input type="checkbox"/> Depression/ Depresión                      | <input type="checkbox"/> Kidney Disease/ Enfermedad de riñones      | <input type="checkbox"/> U T I- Recurrent/ Infecciones urinarios-Recurrente             |
| <input type="checkbox"/> Anxiety/ Ansiedad                                     | <input type="checkbox"/> Diabetes – Type/ Tipo 1 o 2                | <input type="checkbox"/> Kidney Stone/ Piedras en los riñones       | <input type="checkbox"/> Varicose Veins/ Várices / Phlebitis                            |
| <input type="checkbox"/> Autoimmune Disorder/ Desorden Autoinmune              | <input type="checkbox"/> Diverticulitis                             | <input type="checkbox"/> Liver Disease/ Enfermedad de Hígado        | <input type="checkbox"/> Abnormal Pap Smear/ Papanicolaou Anormales                     |
| <input type="checkbox"/> Blood Transfusions/ Transfusion de Sangre             | <input type="checkbox"/> Blood Clot/ Coágulos de Sangre _____       | <input type="checkbox"/> Heart Attack/ Ataque Cardiaco              | <input type="checkbox"/> Breast Cancer/ Cancer de Cenos                                 |
| <input type="checkbox"/> Brain Tumor/ Tumor Cerebral                           | <input type="checkbox"/> Sangrado gastro intestinal- Ulceras        | <input type="checkbox"/> Neurologic Disorder/ Desorden Neurológicos | <input type="checkbox"/> Diabetes – Gestational/ Gestacional                            |
| <input type="checkbox"/> Cirrhosis   | <input type="checkbox"/> G E R D                                    | <input type="checkbox"/> Arthritis/ Artritis                        | <input type="checkbox"/> Estrogen Replacement Therapy/ Terapia de remplazó de estrógeno |
| <input type="checkbox"/> CVA/ Stroke/ Derrame Cerebral                         | <input type="checkbox"/> Hemochromatosis                            | <input type="checkbox"/> Osteoporosis                               | <input type="checkbox"/> Other/ Otro _____  |
| <input type="checkbox"/> C O P D   | <input type="checkbox"/> High Cholesterol/ Colesterol Alto          | <input type="checkbox"/> Rheumatoid Arthritis/ Artritis reumatoide  |   |
| <input type="checkbox"/> Colon Cancer/ Cancer de Colon                         | <input type="checkbox"/> High Blood Pressure/ Presión Alta          | <input type="checkbox"/> Seizure Disorder/ Desorden de Convulsiones |   |
| <input type="checkbox"/> Coronary Heart Disease/ Enfermedad Cardiaca Coronaria | <input type="checkbox"/> Gastritis                                  | <input type="checkbox"/> Thyroid Disorder/ Desorden de tiroides     |   |

**PAST SURGICAL HISTORY/ANTECEDENTES QUIRURGICOS**

(Please check all that apply)(Marque todos que aplican)

- |  |  |   |   |
|--|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Amputation/<br>Amputación _____                         | <input type="checkbox"/> CABG  | <input type="checkbox"/> Hip replacement/<br>Remplazó de<br>cadera                            | <input type="checkbox"/> Rotator Cuff Repair/<br>Reparación<br>del musculo rotador              |
| <input type="checkbox"/> AV Fistula Creation/<br>AV Creación<br>de Fistula       | <input type="checkbox"/> Carotid Endarterectomy/<br>Endarterectomia Carótida     | <input type="checkbox"/> Interventional pain procedure/<br>procedimiento intervencional dolor | <input type="checkbox"/> Hysterectomy/<br>Histerectomía   |
| <input type="checkbox"/> AV Graft/<br>AV Injerto de la Avenida                   | <input type="checkbox"/> Carpal Tunnel   | <input type="checkbox"/> Arthroscopy/<br>Artroscopia _____                                    | <input type="checkbox"/> AICD   |
| <input type="checkbox"/> Aortic Valve Replacement/<br>Remplazó de válvula ortica | <input type="checkbox"/> Cataract Surgery/<br>Cirugía de<br>Cataratas            | <input type="checkbox"/> Lumpectomy/<br>Tumorectomia  | <input type="checkbox"/> Tonsillectomy/<br>Amigdalotomía  |
| <input type="checkbox"/> Appendectomy/<br>Apendectomía                           | <input type="checkbox"/> Gallbladder removed/<br>Vesícula<br>Removida            | <input type="checkbox"/> Mastectomy R / L / Both<br>Mastectomía D / I / Dos                   | <input type="checkbox"/> Dialysis/<br>Diálisis  |
| <input type="checkbox"/> Arteriofemoral Bypass                                   | <input type="checkbox"/> Colon Resection/<br>Resección del<br>Colon              | <input type="checkbox"/> Mitral Valve Replacement/<br>Remplazó de la válvula Mitral           | <input type="checkbox"/> Urinary incontinence surgery/<br>Cirugía- incontinencia Urinaria       |
| <input type="checkbox"/> Back Surgery/<br>Cirugía de Espalda                     | <input type="checkbox"/> Craniotomy/<br>Craneotomía                              | <input type="checkbox"/> Nephrectomy /<br>Nefrectomía   | <input type="checkbox"/> Anesthesia Problem – Yes / No<br>Problemas con anestesia- Si/ No       |
| <input type="checkbox"/> Breast Surgery/<br>Cirugía de Cenos                     | <input type="checkbox"/> Weight Loss Surgery/<br>Cirugía para<br>perdida de peso | <input type="checkbox"/> Pacemaker/<br>Marca pasos  | <input type="checkbox"/> Surgical Complications –Yes / No<br>Complicaciones quirúrgicos- Si/ No |
| <input type="checkbox"/> Bronchoscopy/<br>Broncoscopia                           | <input type="checkbox"/> Hemorrhoidectomy/<br>Hemoroidectomia                    | <input type="checkbox"/> Parathyroidectomy/<br>Paratiroidectomia                              | <input type="checkbox"/> Joint Replacement/<br>Remplazó de<br>Coyuntura                         |
|  | <input type="checkbox"/> AICD  | <input type="checkbox"/> PTCA / angioplasty/<br>angioplastia                                  | <input type="checkbox"/> Other/<br>Otros<br>_____   |

**FAMILY HISTORY/ANTECEDENTES FAMILIARES**

(Please check all that apply and state who had disease)(marque los que aplican y quien tiene la enfermedad)

- |  |   |   |   |
|--|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Unknown/<br>Desconocido   | <input type="checkbox"/> Bleeding Disease/<br>Enfermedad de<br>sangramiento _____ | <input type="checkbox"/> Lung/<br>Respiratory<br>Pulmones/Respiratorios<br>_____        | <input type="checkbox"/> Ovarian Cancer/<br>Cancer de<br>Ovarios _____                            |
| <input type="checkbox"/> Alcoholism/<br>Alcoholismo _____                                | <input type="checkbox"/> Breast Cancer/<br>Cancer de Cenos<br>_____               | <input type="checkbox"/> Osteoporosis _____   | <input type="checkbox"/> Sleep Apnea/<br>Apnea del<br>Sueno _____                                 |
| <input type="checkbox"/> Anemia _____  | <input type="checkbox"/> Colon Cancer/<br>Cancer de Colon<br>_____                | <input type="checkbox"/> Cervical Cancer _____  | <input type="checkbox"/> Anesthesia Problem – Yes / No<br>Problemas de Anestesia- Si / No         |
| <input type="checkbox"/> Arthritis/<br>Artritis _____                                    | <input type="checkbox"/> Depression _____   | <input type="checkbox"/> Heart Attack male < 55 _____<br>Ataque Cardiaco Masculino <55  | <input type="checkbox"/> Surgical Complications – Yes / No<br>Complicaciones Quirúrgicos- Si / No |
| <input type="checkbox"/> Anesthetic Complications/<br>Complicaciones con anestesia _____ | <input type="checkbox"/> Diabetes _____   | <input type="checkbox"/> Heart Attack female < 65 _____<br>Ataque Cardiaco Femenino <65 | <input type="checkbox"/> Other/<br>Otro _____   |
| <input type="checkbox"/> Anxiety/<br>Ansiedad _____                                      | <input type="checkbox"/> Heart Disease/<br>Enfermedad de<br>Corazon _____         | <input type="checkbox"/> Growth/<br>Development<br>Crecimiento/<br>Desarrolló _____     |   |
| <input type="checkbox"/> Asthma/<br>Asma _____   | <input type="checkbox"/> Hypertension/<br>Presión Alta<br>_____                   | <input type="checkbox"/> Headaches/<br>Dolor de Cabeza<br>_____                         |   |
| <input type="checkbox"/> Birth Defects /<br>Defectos de<br>Nacimiento _____              | <input type="checkbox"/> High Cholesterol/<br>Colesterol Alto<br>_____            | <input type="checkbox"/> Lung Cancer/<br>Cancer de<br>Pulmones _____                    |   |

**SOCIAL HISTORY / RISK FACTORS/HISTORIAL SOCIAL Y FACTORES DE RIESGO**

(Please check all that apply) (Marque todos que aplican)

**Tobacco Use/ Uso de Tabaco**

Smoking Status/ Estado de Fumar:

- current every day smoker \_\_\_\_\_ppd  
Fumador Actual- todos los días \_\_\_\_\_ppd
- former smoker quit/ Fumaba antes?: \_\_\_\_\_
- Second hand smoke exposure when? / Expuesto a humo de segunda mano- Cuando? \_\_\_\_\_
- Never Smoked/ Nunca a Fumado

**Drug Use/ Uso de Drogas**  Yes/ Si  No

**HIV high risk behavior/Comportamiento de alto riesgo para VIH**

- Yes/ Si  No
- Exercise/Ejercicio \_\_\_\_\_ x per week/ por semana
- Seat Belt Use/ Uso de Cinturón 100% / 75% / 50% / 25% / 0%
- Sun Exposure- Expuesto al sol/ Frequently- frecuenté / Occasionally- Ocasional / Rarely- Raro / Remote-lejano
- Medication Allergies/Alergias a Medicamentos \_\_\_\_\_
- Food / Environmental Allergies- Comida/ Alergias al medio ambiente \_\_\_\_\_

**Alcohol Use/Usó de Alcohol**  Yes/ Si  No

Type/ Tipo:

**(drinks/day)/(bebidas/día):** \_\_\_\_\_

**Caffeine use/Usó de Cafeína (drinks/day)/(bebidas/día):** \_\_\_\_\_

Have you/ Usted a:

- felt the need to cut down/Sentido que necesita cortarle al consumo  Yes/ Si  No
- been annoyed by complaints/ Sentido molesto de quejas  Yes/ Si  No
- felt guilty re-drinking/ Siente culpable por tomar de nuevo  Yes/ Si  No
- needed eye opener in a.m./Ocupado un abre ojos por la mañana  Yes/ Si  No
- Counseled to quit/cut down/ Aconsejado a parar/cortarle al consumo  Yes/ Si  No
- HX Domestic Abuse/Abuso Domestico

Marital Status: S / M / D / W

Estado Matrimonial: S / C / D / V

Employed/Empleado: \_\_\_\_\_

Reaction/Reacción \_\_\_\_\_

Reaction/Reacción \_\_\_\_\_

Patient/Guardian signature/ Firma de Paciente/ Guardian:

Date/ Fecha: