

NAME/NOMBRE: _____ TODAY'S DATE/FECHA: _____

CHART NO. _____ DATE OF BIRTH/ FECHA DE NACIMIENTO: _____

REASON FOR VISIT/ RAZÓN DE LA VISITA _____

ALLERGIES/ ALERGIAS: None/Ninguno Aspirin/a Demerol Iodine/Yodo
 Morphine/a Penicillin/a Sulfa Versed Other/otra _____

PAST OR PRESENT MEDICAL PROBLEM/ANTECEDENTES MEDICOS:

- | | | | | |
|---|--|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Depression/Depresión | <input type="checkbox"/> Heart murmur/ Soplo cardíaco | <input type="checkbox"/> Kidney stones/ Cálculos renales | <input type="checkbox"/> Seizures/ Convulsiones |
| <input type="checkbox"/> Arthritis/Artritis | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Lupus | <input type="checkbox"/> Skin cancer/ Cáncer de la piel |
| <input type="checkbox"/> Asthma/Asma | <input type="checkbox"/> Diverticulitis | <input type="checkbox"/> Hiatal hernia/ Hernia hiatal | <input type="checkbox"/> Milk intolerance/ Intolerancia a leche | <input type="checkbox"/> Stomach/duodenal ulcer/ Ulceras gástricas o duodenales |
| <input type="checkbox"/> Anxiety/Ansiedad | <input type="checkbox"/> Emphysema/ Enfisema pulmonaria | <input type="checkbox"/> High blood pressure/ Presion Alta | <input type="checkbox"/> Osteoporosis | <input type="checkbox"/> Stroke or paralysis/ Parálisis |
| <input type="checkbox"/> Cancer | <input type="checkbox"/> Fatty liver/Hígado grasoso | <input type="checkbox"/> High cholesterol/ Colesterol elevado | <input type="checkbox"/> Pancreatitis | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> Cirrhosis/Cirrosis | <input type="checkbox"/> Gallstones/ Cálculos de la vesícula | <input type="checkbox"/> HIV/AIDS/SIDA | <input type="checkbox"/> Parkinsons | <input type="checkbox"/> Thyroid disease/ Enfermedad tiroidea |
| <input type="checkbox"/> Colon cancer/ Cáncer del colon | <input type="checkbox"/> Gout/ Gota | <input type="checkbox"/> Irregular heart beat/ Arritmia cardiaca | <input type="checkbox"/> Pneumonia/ Pulmonía | <input type="checkbox"/> Transfusions/ Transfusiones |
| <input type="checkbox"/> Colon polyps/ Pólipos del colon | <input type="checkbox"/> Groin hernia/ Hernia inguinal | <input type="checkbox"/> Irritable bowel syndrome/ colon irritable | <input type="checkbox"/> Reflux/ Reflujo | <input type="checkbox"/> Ulcerative colitis/ Colitits ulcerative |
| <input type="checkbox"/> Crohn's disease/ Enfermedad de Crohn | <input type="checkbox"/> Heart attack/ Ataque cardíaco o infarto | <input type="checkbox"/> Kidney disease/failure/ Enfermedad renal | | |

SURGERIES, HOSPITALIZATION, PROCEDURES/ CIRUGÍAS,PROCEDIMIENTOS,HOSPITALIZACIONES:

- | | | | | |
|---|---|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> None/Ninguno | <input type="checkbox"/> Colonoscopy/ia | <input type="checkbox"/> Gallbladder/ Colecistectomia | <input type="checkbox"/> Joint Replacement/ Cirugía dearticulaciones | <input type="checkbox"/> Prostate/ Cirugía de próstata |
| <input type="checkbox"/> Appendectomy/ía | <input type="checkbox"/> Colostomy/ia | <input type="checkbox"/> Groin Hernia/ Hernia inguinal | <input type="checkbox"/> Kidney/ Cirugía de riñón | <input type="checkbox"/> Stomach/ Cirugía de estomago |
| <input type="checkbox"/> Cardiac Surgery/ Cirugía del corazón | <input type="checkbox"/> C-section/ Cesárea | <input type="checkbox"/> Hemorrhoids/ Hemorroides | <input type="checkbox"/> Liver Biopsy/ Biopsia de hígado | <input type="checkbox"/> Thyroid/ Cirugía de tiroides |
| <input type="checkbox"/> Colon Surgery/ Cirugía del colon | <input type="checkbox"/> EGD/ Gastroscopia | <input type="checkbox"/> Hiatal Hernia/ Hernia hiatal | <input type="checkbox"/> Obesity Surgery/ Cirugía para obesidad | <input type="checkbox"/> Tonsillectomy/ Cirugía de las amígdalas |
| <input type="checkbox"/> Uterus/ Cirugía del útero | <input type="checkbox"/> ERCP | <input type="checkbox"/> Hysterectomy/ía | <input type="checkbox"/> Ovary/ Cirugía del ovario | <input type="checkbox"/> Tubal Ligation/ Ligadura de las trompas |
| <input type="checkbox"/> Other/Otra _____ | | | | |

SOCIAL HISTORY/ HISTORIA - SOCIAL:

- Single/ Soltero/a Separated/ Separado/a
 Married/ Casado/a Divorced/ Divorciado/a
 Widowed/ Viudo/a

SOCIAL HISTORY RECREATIONAL DRUGS/ HISTORIA - DROGAS:

- I have never used recreational drugs/ Nunca he usado drogas
 I am currently using recreational drugs/ Actualmente uso drogas
 I have used recreational drugs in the past / He usado drogas en el pasado
 I have been treated for substance abuse/ He sido tratado por un problema de drogas

SOCIAL HISTORY ALCOHOL/ HISTORIA - ALCOHOL:

- Never/ Nunca Rarely/ Raramente
 Weekends/ Fines de semana Daily/ Diariamente
 I quit using alcohol/ He dejado de beber alcohol

SOCIAL HISTORY TOBACCO/ HISTORIA - TABACO:

- I have never used/ Nunca he fumado
 I use tobacco products/ Actualmente fumo
 I quit using tobacco products/ He dejado de fumar

OCCUPATION/ OCUPACIÓN:

Occupation/ Ocupación _____ Veteran/o

SOCIAL HISTORY HOBBIES/HISTORIA - AFICIONES:

Patient Hobbies/ Actividades / Aficiones _____

REVIEW OF SYSTEMS/REVISIÓN POR SISTEMAS

Gastrointestinal:

- None/*Ninguno*
- Nausea, vomiting/ *Náuseas, Vómito*
- Jaundice/ *Ictericia*
- Belching/ *Eructos*
- Rectal bleeding/ *Sangrado rectal*
- Change in bowel habits/ *Cambio del habito intestinal*
- Blood in stool/ *Sangre en las heces fecales*
- Trouble swallowing/ *Dificultad para tragar*
- Heartburn/ *Acidez*
- Constipation/ *Constipación/estreñimiento*
- Bloating/ *Gases*
- Soiling/Incontinence/ *Manchar/Incontinencia*
- Fat intolerance/ *Intolerancia a las grasas*
- Abdominal Pain/ *Dolor abdominal*
- Poor appetite/ *Pérdida del apetito*
- Hemorrhoids/ *Hemorroides*
- Diarrhea/ *Diarrea*

Genitourinary/Genitourinario:

- None/*Ninguno*
- Blood in urine/ *Sangre en la orina*
- Change in urinary frequency/ *Cambio en la frecuencia de orina*
- Sexual difficulty/ *Dificultades sexuales*

Male/Hombre

- Prostate problem/ *Problemas de próstata*
 - Testicle problem/ *Problemas de testículos*
- Female/Mujer**
- Heavy periods/ *Excesos de menstruación*

Skin/Piel:

- None/*Ninguno*
- Nodules/ *Nódulos*
- Itching/ *Picazón*
- Rash/ *Erupción*
- Tattoos/ *Tatuajes*

Cardiovascular:

- None/*Ninguno*
- Palpitations/ *Palpitaciones*
- Enlarged heart/ *Corazón agrandado*
- Shortness of breath/ *Falta de aire*
- Anginal/chest pain w/activity/ *Dolor de pecho con ejercicio*
- Swelling in the legs/ *Edema o hinchazón de las piernas*
- Abnormal EKG/ *Electrocardiograma anormal*

Neurological/Neurológico:

- None/*Ninguno*
- Chronic numbness/tingling
- Dizziness/lightheadedness/ *Mareo / Vértigo*
- Weakness in arms or legs / *Debilidad de los brazos o piernas*
- Headaches/ *Dolores de cabeza*

Endocrine/Endocrinólogo:

- None/*Ninguno*
- Excessive thirst/ *Exceso de sed*
- Goiter/ *Agrandamiento de las tiroides*
- Abnormally hot or cold/ *Exceso de calor o frío*

Constitutional Síntomas generales:

- None/*Ninguno*
- Chills/ *Escalofrío*
- Fatigue/ *Cansancio*
- Fever/ *Fiebre*
- Sweats/ *Sudoración*
- Weight gain/ *Aumento de peso*
- Weight loss/ *Pérdida de peso*
- Weight stable/ *Peso estable*
- Abnormal sleep/ *Problemas al dormir*
- Anxiety/ *Ansiedad / Depresión*
- Depression/ *Depresión*
- Confusion/ *Confusión*

Psychiatric/Psiquiátricos:

- None/*Ninguno*
- Confusion/ *Confusión*
- Depression/ *Depresión*

Eyes/Ojos:

- None/*Ninguno*
- Dry eyes/ *Ojos secos*
- Blindness/ *Ceguera*
- Poor vision/ *Perdida visual*

Hematologic/Hematológico:

- None/*Ninguno*
- Frequent bruising/ *Morados/*
- Thrombosis/blood clots/ *Trombosis o coágulos*
- Transfusión/ *Transfusiones*

Ears, Nose and Throat/Oídos, Nariz y Garganta:

- None/*Ninguno*
- Hearing loss/ *Pérdida auditiva*
- Hoarseness/ *Ronquera*
- Mouth sores/ *Llagas o úlceras bucales*
- Nose bleeds/ *Sangrado nasal*
- Ringing in ear/ *Ruido en el oído*

Musculoskeletal/Músculo esqueleto:

- None/*Ninguno*
- Stiff joints/ *Rigidez de articulaciones*
- Swollen joints/ *Artritis*

Respiratory/ Respiratorio:

- None/*Ninguno*
- Chronic cough/ *Tos crónica*
- Cough up blood/ *Tos con sangre*
- Shortness of breath/ *Falta de aire*

Immunizations/ Vacunaciones:

- None/*Ninguno*
- Flu
- Hepatitis A
- Hepatitis B

MEDICATIONS/ MEDICAMENTOS

Please list any prescription or over the counter medications you are currently taking:

Por favor indique que medicamentos toma con o sin prescripción:

Family History/Historia familiar:

	Father/Padre	Mother/Madre	Brother/Hermano	Sister/Hermana	Grandparents/Abuelos
Cancer/Cáncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
type/tipo	_____	_____	_____	_____	_____
Colitis/colitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Colon cancer/Cáncer del colon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
age at diagnosis/edad	_____	_____	_____	_____	_____
Colon polyps/ Pólipos del colon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Crohn's/Enfermedad de Crohn's	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Deceased/Fallecido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Healthy/Sano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Liver disease/ Enfermedad del hígado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ulcer disease/Ulcera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Other/Otros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>