

Patient Medical History / Historia Médica de Paciente

Last name/Apellido:	First Name/Nombre:
---------------------	--------------------

Today's Date/Fecha de hoy:	DOB/Fecha de Nacimiento:
----------------------------	--------------------------



Please Bring a Copy of the Following Documents: <i>Por favor traiga una copia de los siguientes documentos:</i>	Don't have any/ <i>No tengo ninguna</i>
Advanced Directives including: a Living Will, POLST, Durable Power of Attorney for health care and Do Not Resuscitate order. <i>Declaración de Voluntad Anticipada</i> incluyendo: un testamento en vida, POLST, poder notarial duradero para atención médica e orden de no resucitar.	
List of all Immunizations you have had administered outside of RCMS. <i>Lista de todas las vacunas que ha administrado fuera de RCMS.</i>	
Procedures including: mammogram, pap smear, bone density, colonoscopy, endoscopy, cardiac testing, and imaging. <i>Procedimientos: mamografía, prueba de Papanicolaou, densidad ósea, colonoscopia, endoscopia, pruebas cardíacas e imágenes.</i>	

Allergies (including medications) / Alergias (incluyendo medicamentos):	
Allergy/ Alergia:	Reaction/ Reacción:

Preferred Pharmacy/ Farmacia Preferida:
Where would you like us to send any prescriptions? <i>¿Dónde quieres que enviemos los medicamentos?</i>

Medications You Are Taking/ Medicamentos Que Está Tomando:		
Name of medication: <i>Nombre del medicamento:</i>	Strength: <i>Dosis:</i>	How is the medication prescribed?: <i>Como tomo el medicamento recetado?:</i>
Example/ Ejemplo: lisinopril	5mg	1 tab a day/ 1 tableta al día

Patient Medical History / Historia Médica de Paciente

Last name/Apellido:	First Name/Nombre:
---------------------	--------------------

Medical History/ Historia Médica:	Yes <i>Si</i>	Year <i>Qué año</i>		Yes <i>Si</i>	Year <i>Qué año</i>
Allergies/ <i>Alergias</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Gallbladder Disease/ <i>Enfermedad de la vesícula</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Anemia/ <i>Anemia</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Acid Reflux/ <i>Acidez gastrica</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Anxiety/ <i>Ansiedad</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Migraine, Headaches/ <i>Migraña , Dolor de cabeza</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Arthritis/ <i>Artritis</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Heart Disease/ <i>Enfermedad del Corazón</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Asthma/ <i>Asma</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Heart Valve Disorder/ <i>Enfermedad de la válvula cardíaca</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Blood Clots/ <i>Coágulos de sangre</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Hepatitis, Liver Disease/ <i>Enfermedad del hígado</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Cancer/ <i>Cancer</i> If you have or had have cancer, which type/ <i>Si usted tiene o tuvo cáncer, que tipo:</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	High Blood Pressure/ <i>Presion alta</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Cardiac Arrhythmia/ <i>Arritmia cardiaca</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Irritable Bowel Disease/ <i>Enfermedad del intestino irritable</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
(COPD)Lung Disease/ <i>Enfermedad pulmonar</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Heart Attack/ <i>Ataque del corazón</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Coronary Artery Disease/ <i>Enfermedad de la arteria coronaria</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Osteoporosis/ <i>Osteoporosis</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Depression/ <i>Depresión</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Kidney Disease/ <i>Enfermedad del riñon</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Diabetes/ <i>Diabetes</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Seizures/ <i>Convulsiones</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
High Cholesterol/ <i>Colesterol alto</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Stroke/ <i>Derrame cerebral</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Crohn's Disease/ <i>Enfermedad de Crohn</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Thyroid Disorders/ <i>Problemas de la tiroides</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Joint Pain/ <i>Dolor en las articulaciones</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Other/Otro:	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Enlarged Prostate/ <i>Agrandamiento de la próstata</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Stomach Ulcer/ <i>Úlcera estomacal</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Bipolar Disorder/ <i>Desorden bipolar</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Schizophrenia/ <i>Esquizofrenia</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
PTSD/ <i>Trastorno de estrés postraumático</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

Surgical History/ Historia Quirúrgica:	Yes <i>Si</i>	Year <i>Qué año</i>		Yes <i>Si</i>	Year <i>Qué año</i>
Angioplasty/ <i>Angioplastia</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Cataract Extraction/ <i>Extracción de cataratas</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Appendix Removal/ <i>Apendectomía</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Gallbladder Removal/ <i>Extracción de la vesícula biliar</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Arthroscopy/ <i>Artroscopia</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Colectomy/ <i>Colectomia</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Back Surgery/ <i>Cirugía de espalda</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Colostomy/ <i>Colostomia</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Tubal Ligation/ <i>Ligadura de trompas</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Gastric Bypass/ <i>Bypass gástrico</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Blood Transfusion/ <i>Transfusión de sangre</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Hernia Repair/ <i>Reparación de hernia</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Breast Augmentation/ <i>Aumento de senos</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Hip Replacement/ <i>Reemplazo de cadera</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Pacemaker/ <i>Marcapasos</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Hysterectomy/ <i>Histerectomía</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Carpal Tunnel Release/ <i>Cirugía del túnel carpiano</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Knee Replacement/ <i>Reemplazo de rodilla</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Bowel Surgery/ <i>Cirugía intestinal</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Lasik/ <i>Cirugía ocular con láser</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Kidney Stone Removal/ <i>eliminación de piedra riñón</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Mastectomy/ <i>Mastectomía</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Liver Biopsy/ <i>Biopsia hígado</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Thyroid Removal/ <i>Eliminación de la tiroides</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Heart Stent/ <i>Stent del corazón</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Tonsillectomy/ <i>Amigdalectomía</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Heart Surgery/ <i>Cirugía de corazón</i> If you had heart surgery, which type/ <i>Si usted tiene o tuvo cirugía de corazón, que tipo:</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Other/Otro:	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

Patient Medical History / Historia Médica de Paciente

Last name/Apellido:	First Name/Nombre:
---------------------	--------------------

Family History/ Historia Familiar:							
Please check all that apply: <i>Por favor marque todos los que apliquen:</i>							
	Mother/ Madre	Father/ Padre	Maternal Grandpa / Abuelo materno	Maternal Grandma / Abuela materna	Paternal Grandpa / Abuelo paterno	Paternal Grandma / Abuela paterna	
Alcoholism/ <i>Abuso de alcohol</i>							
Drug Abuse/ <i>Abuso de drogas</i>							
Asthma/ <i>Asma</i>							
Cancer and which type/ <i>Cancer y que tipo</i> Which type of Cancer/ <i>Que tipo de cancer:</i>							
Coronary Artery Disease/ <i>Enfermedad de la arteria coronaria</i>							
Diabetes/ <i>Diabetes</i>							
High Cholesterol/ <i>Colesterol alto</i>							
High Blood Pressure/ <i>Presion alta</i>							
Mental Illness/ <i>Enfermedad mental</i> Which mental illness/ <i>¿Qué enfermedad mental? :</i>							
Kidney Disease/ <i>Enfermedad del riñon</i>							
Seizure/ <i>Convulsiones</i>							
Stroke/ <i>Derrame cerebral</i>							
Thyroid Disorders/ <i>Problemas de la tiroides</i>							
Heart Disease/ <i>Enfermedad del corazón</i>							
Other important family History (including siblings)/ <i>Cualquier otra Historia Familiar Importante (incluyendo hermanos):</i>							

Lifestyle/ Estilo de vida:			
	Yes/ Si	No	
Do you have any dietary restrictions or allergies? <i>¿Tiene alguna restricción dietética o alergia?</i> If so, please provide details: <i>Si es así, proporcione detalles:</i>			Have you had any falls in the last year? If so, how many? <i>¿Has tenido alguna caída en el último año?</i> Si es así, ¿cuántas? _____
Do you have any animals in your home? <i>¿Tienes animales en tu casa?</i>			Did the falls result in injury? <i>¿Las caídas causaron lesiones?</i> If so, please provide details: <i>Si es así, proporcione detalles:</i>
Do you have a religious affiliation? <i>¿Tienes una afiliación religiosa?</i>			Do you have any firearms in your home? <i>¿Tienes armas de fuego en tu casa?</i>
Do you have spiritual beliefs? <i>¿Tienes creencias espirituales?</i>			
If needed, would you accept blood/blood products? <i>Si es necesario, ¿Acepta aceptar sangre/productos sanguíneos?</i>			

Habits/Habitos:						
Have you ever used the following/ <i>¿Alguna vez has usado lo siguiente?:</i>	Never <i>Nunca</i>	Yes <i>Si</i>	If yes, how often? <i>¿Con qué frecuencia?</i>	Age started? <i>¿Edad que empezaste?</i>	Did you quit? <i>¿Uso anterior?</i>	Age stopped? <i>¿Edad que detuviste?</i>
Tobacco/ <i>Tabaco</i>						
If yes, what type/ <i>Si es si, de qué tipo:</i> <input type="checkbox"/> cigarette <input type="checkbox"/> cigarillo <input type="checkbox"/> cigar <input type="checkbox"/> pipe <input type="checkbox"/> chew <input type="checkbox"/> smokeless <input type="checkbox"/> snuff <input type="checkbox"/> other						
Vaping/ <i>Vaping</i>						
If yes, what type/ <i>Si es si, de qué tipo:</i> <input type="checkbox"/> with nicotine/ <i>con nicotina</i> <input type="checkbox"/> without nicotine/ <i>sin nicotina</i>						
Marijuana/ <i>Marijuana</i>						
Caffeine/ <i>Cafeina</i>						

Patient Medical History / Historia Médica de Paciente

Last name/Apellido:	First Name/Nombre:
---------------------	--------------------

Hospital or Emergency Room/ Hospital o sala de emergencias :

Have you been seen in an Emergency Room in the last 6 months, or since you've been to RCMS last? Yes *Si* or No
 ¿Lo han visto en una sala de emergencias desde su última visita a RCMS?

If yes/ <i>Si es sí;</i>	Hospital and Facility/ <i>Hospital y instalación:</i>
	Date Admitted/ <i>Fecha de admisión:</i>
	Date Discharged/ <i>Fecha de alta:</i>
If yes/ <i>Si es sí;</i>	Hospital and Facility/ <i>Hospital y instalación:</i>
	Date Admitted/ <i>Fecha de admisión:</i>
	Date Discharged/ <i>Fecha de alta:</i>

Financial Resource Strain/ Tensión de recursos financieros:

How hard is it for you to pay for the very basics like food, housing, medical care, and heating? <i>¿Qué tan difícil es para usted pagar por lo básico como alimentos, vivienda, atención médica y calefacción?</i>	<input type="checkbox"/> Very Hard/ <i>Muy difícil</i>	<input type="checkbox"/> Hard/ <i>Difícil</i>	<input type="checkbox"/> Somewhat Hard/ <i>Algo difícil</i>	<input type="checkbox"/> Not Very Hard/ <i>No es difícil</i>
--	---	--	--	---

Education / Educación:

What is the highest grade or level of school you have completed or the highest degree you have received? <i>¿Cuál es el grado o nivel de escuela más alto que ha completado o el grado más alto que ha recibido?</i>	_____
---	-------

Stress / Estrés:

Do you feel stress: tense, restless, nervous, anxious, or unable to sleep at night because your mind is troubled? <i>¿Sientes estrés: tenso, inquieto, nervioso, ansioso o incapaz de dormir por la noche porque tu mente está preocupada?</i>	<input type="checkbox"/> Not at All/ <i>En absoluto</i>	<input type="checkbox"/> Only a Little/ <i>un poco</i>	<input type="checkbox"/> To Some Extent / <i>a veces</i>	<input type="checkbox"/> Rather Much/ <i>a menudo</i>	<input type="checkbox"/> Very much/ <i>mucho</i>
---	--	---	---	--	---

Depression / Depresión:

Over the last 2 weeks, how often have you had little interest or pleasure in doing things? <i>Durante las 2 últimas semanas, ¿poco interés o placer en hacer las cosas?</i>	<input type="checkbox"/> Not at All/ <i>En absoluto</i>	<input type="checkbox"/> Several Days/ <i>Varios días</i>	<input type="checkbox"/> More Than Half the Days/ <i>Mas de la mitad de los días</i>	<input type="checkbox"/> Nearly Every Day/ <i>Casi todos los días</i>
Over the last 2 weeks, how often have you felt down, depressed, or hopeless? <i>En las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia se ha sentido deprimido, deprimido o desesperado?</i>	<input type="checkbox"/> Not at All/ <i>En absoluto</i>	<input type="checkbox"/> Several Days/ <i>Varios días</i>	<input type="checkbox"/> More Than Half the Days/ <i>Mas de la mitad de los días</i>	<input type="checkbox"/> Nearly Every Day/ <i>Casi todos los días</i>

Physical Activity / Actividad física:

How many days of moderate to strenuous exercise, like a brisk walk, did you do in the last 7 days? <i>¿Cuántos días de ejercicio moderado a extenuante, como una caminata rápida, hiciste en los últimos 7 días?</i>	_____ days/ <i>días</i>
On those days that you engaged in moderate to strenuous exercise, how many minutes, on average, did you exercise? <i>En esos días que realizaba ejercicio moderado a extenuante, ¿cuántos minutos, en promedio, hizo ejercicio?</i>	_____ minutes per day/ <i>minutos por día</i>

Patient Medical History / Historia Médica de Paciente

Last name/Apellido:	First Name/Nombre:				
Alcohol Use / Uso de alcohol:					
How often do you have a drink containing alcohol? <i>¿Con qué frecuencia toma una bebida que contiene alcohol?</i>	<input type="checkbox"/> Never/ <i>nunca</i>	<input type="checkbox"/> Monthly or Less/ <i>mensual o menos</i>	<input type="checkbox"/> 2-3 Times a Month/ <i>veces al mes</i>	<input type="checkbox"/> 2-3 Times a Week/ <i>veces a la semana</i>	<input type="checkbox"/> 4 or More Times a Week/ <i>veces a la semana</i>
How many standard drinks containing alcohol do you have on a typical day? <i>¿Cuántas bebidas estándar que contienen alcohol toma en un día típico?</i>	<input type="checkbox"/> 1 or 2	<input type="checkbox"/> 3 or 4	<input type="checkbox"/> 5 or 6	<input type="checkbox"/> 7 to 9	<input type="checkbox"/> 10 or More
How often do you have 6 or more drinks on 1 occasion? <i>¿Con qué frecuencia toma 6 o más bebidas en 1 ocasión?</i>	<input type="checkbox"/> Never/ <i>nunca</i>	<input type="checkbox"/> Less than Monthly/ <i>menos de mensual</i>	<input type="checkbox"/> Monthly/ <i>mensual</i>	<input type="checkbox"/> Weekly/ <i>semanal</i>	<input type="checkbox"/> Daily or Almost Daily/ <i>Diariamente o casi a diario</i>
Social Connection and Isolation / Conexión social y aislamiento:					
In a typical week, how many times do you talk on the phone with family, friends, or neighbors? <i>En una semana típica, ¿cuántas veces habla por teléfono con familiares, amigos o vecinos?</i>				_____ per week/ <i>por semana</i>	
How often do you get together with friends or relatives? <i>¿Con qué frecuencia te reúnes con amigos o familiares?</i>				_____ per week/ <i>por semana</i>	
How often do you attend church or religious services? <i>¿Con qué frecuencia asiste a la iglesia o los servicios religiosos?</i>				_____ annually/ <i>anualmente</i>	
Do you belong to any clubs or organizations such as church groups, unions, fraternal or athletic groups, or school groups? <i>¿Pertenece a algún club u organización como grupos religiosos, sindicatos, grupos fraternos o deportivos, o grupos escolares?</i>					<input type="checkbox"/> Yes/ Si or <input type="checkbox"/> No
Exposure to Violence / Exposición a la violencia:					
Within the last year, have you been humiliated or emotionally abused in other ways by anyone? <i>En el último año, ¿ha sido humillado o maltratado emocionalmente de otra manera por su pareja o ex pareja?</i>					<input type="checkbox"/> Yes/ Si or <input type="checkbox"/> No
Within the last year, have you been afraid of anyone? <i>En el último año, ¿ha tenido miedo de su pareja o ex pareja?</i>					<input type="checkbox"/> Yes/ Si or <input type="checkbox"/> No
Within the last year, have you been raped or forced to have any kind of sexual activity? <i>En el último año, ¿ha sido violado u obligado a tener algún tipo de actividad sexual por parte de su pareja o ex pareja?</i>					<input type="checkbox"/> Yes/ Si or <input type="checkbox"/> No
Within the last year, have you been kicked, hit, slapped, or otherwise physically hurt? <i>En el último año, ¿ha sido pateado, golpeado, abofeteado o lastimado físicamente por su pareja o ex pareja?</i>					<input type="checkbox"/> Yes/ Si or <input type="checkbox"/> No
If you answered yes to any of the above questions, do they apply to: <i>Si respondió sí a alguna de las preguntas anteriores, ¿se aplican a:</i>			<input type="checkbox"/> your current partner/ <i>su pareja</i>	<input type="checkbox"/> an ex-partner/ <i>ex pareja</i>	
			<input type="checkbox"/> other/ <i>otro:</i> _____		

Patient Medical History / Historia Médica de Paciente

Last name/Apellido:	First Name/Nombre:
---------------------	--------------------

Female, Gynecologic History/ Hembra, historia ginecológica:

Age of menses (periods) onset? <i>¿Edad de inicio de menstruaciones (períodos)?</i>	_____ years old/ años	Are you currently pregnant? <i>¿Estás embarazada?</i>	<input type="checkbox"/> Yes/ Si or <input type="checkbox"/> No
Menopause Age? <i>¿Edad de la menopausia?</i>	_____ years old/ años	Have you ever been pregnant? <i>¿Alguna vez has estado embarazada?</i>	<input type="checkbox"/> Yes/ Si or <input type="checkbox"/> No
Menopause cause: <i>Causa de la menopausia:</i>	<input type="checkbox"/> Chemo induced / quimio <input type="checkbox"/> Drug induced/ fármaco <input type="checkbox"/> Surgical/ quirúrgico <input type="checkbox"/> Natural/ natural <input type="checkbox"/> Other/ otro		
Are you on birth control? <i>¿Utilizas control de natalidad?</i>	<input type="checkbox"/> Yes/ Si or <input type="checkbox"/> No		
If yes, method of birth control: <i>En caso afirmativo, qué tipo de anticonceptivo:</i>	_____		
		Of those pregnancies, how many were/ <i>De esos embarazos, cuántos fueron:</i>	
		Full term/ a término:	_____
		Premature/ prematuro:	_____
		Abortion induced/ aborto inducido:	_____
		Miscarriage/ aborto espontáneo:	_____
		Ectopic/ectópico:	_____
		How many went on to be live births/ <i>cuántos fueron nacimientos vivos:</i>	_____

List all other providers and medical facilities you receive care from / Enumere todos los demás proveedores y centros médicos de los que recibe atención:

Please fill out a release of records form for each place, so we are able to coordinate your care / Complete un formulario de divulgación de registros para cada lugar, para que podamos coordinar su atención

List any caregivers you may have / Haga una lista de los cuidadores que pueda tener:

Please fill out a "Support Role" form for each person, so we are able to coordinate your care / Complete un formulario de "Rol de Apoyo" para cada persona, para que podamos coordinar su atención.

Are there any other current issues we should be aware of? ¿Existen otros problemas médicos actuales?:
