

# San Francisco Surgical Medical Group

Please fill out the information below to the best of your ability

Name: \_\_\_\_\_ Birthdate: \_\_\_\_\_ Age: \_\_\_\_\_ Today's Date: \_\_\_\_\_  
Имя Отчество Фамилия дата рождения возраст Дата Сегодня

What name would you prefer to be called? \_\_\_\_\_

Как бы вы предпочли вас называть

What is the reason for your visit today? \_\_\_\_\_

Причина сегодняшнего визита

## MEDICAL HISTORY

Primary Care Physician (include address if not local) \_\_\_\_\_

Причина сегодняшнего визита (включают адрес, если не местные)

Who referred you \_\_\_\_\_ Please list other physicians you  
to our practice? \_\_\_\_\_  Same as above wish reports sent to \_\_\_\_\_

кто направил вас в нашу практику? так же, как выше пожалуйста, перечислите других врачей, которые вы  
хотите отчеты отправлен

(Mark all that apply)

(все занятия, которые)

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Anemia анемия  | <input type="checkbox"/> Hepatitis гепатит  | <input type="checkbox"/> Liver Disease (type _____)<br>заболевания печени (Тип ____)       |
| <input type="checkbox"/> Arthritis артрит   | <input type="checkbox"/> High Blood Pressure Высокое<br>кровенное давление                        | <input type="checkbox"/> Pneumonia/Bronchitis<br>Пневмония / Бронхит                       |
| <input type="checkbox"/> Asthma астмы   | <input type="checkbox"/> High Cholesterol or lipids<br>Высокий уровень холестерина или<br>липидов | <input type="checkbox"/> Stomach Ulcer/Acid Reflux<br>Язвенная болезнь желудка /<br>Изжога |
| <input type="checkbox"/> Bleeding/Blood Disorder или<br>кровотечение/ заболевание крови | <input type="checkbox"/> HIV/AIDS ВИЧ / СПИД  | <input type="checkbox"/> Stroke инсульт  |
| <input type="checkbox"/> Crohns Disease Crohns Болезнь                                  | <input type="checkbox"/> Irritable Bowel Syndrome (IBS)<br>Синдром раздраженного<br>кишечника     | <input type="checkbox"/> Thyroid Disease проблемы со<br>щитовидкой                         |
| <input type="checkbox"/> Depression депрессия   | <input type="checkbox"/> Immune Disorder аутоиммунные<br>расстройства                             | <input type="checkbox"/> Tuberculosis туберкулезом   |
| <input type="checkbox"/> Diabetes сахарный диабет                                       | <input type="checkbox"/> Kidney Disease камни в почках  | <input type="checkbox"/> Ulcerative Colitis язвенный колит                                 |
| <input type="checkbox"/> Emphysema Эмфизема   |   | <input type="checkbox"/> Other другие<br>_____   |
| <input type="checkbox"/> Epilepsy/Seizures эпилепсия/<br>припадки                       |   |  |
| <input type="checkbox"/> Glaucoma глаукома  |   |  |
| <input type="checkbox"/> Heart Problems (type _____)<br>проблемы с сердцем (Тип ____)   |   |  |

Please list all of your previous operations and the approximate date (use back side of paper if needed): Пожалуйста, перечислите ваши  
предыдущие операции и приблизительную дату:

1. \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Have you ever had problems with anesthesia? Вы когда-нибудь были проблемы с анестезией?  No (нет)  Yes (да) Explain:  
объяснять: \_\_\_\_\_

Do you have a **pacemaker, defibrillator, or port**? У вас есть кардиостимулятор дефибриллятор или порт??  No нет  Yes да

If yes, what is the Manufacturer's Name: \_\_\_\_\_, Model Number: \_\_\_\_\_

Если да, то это имя производителя: \_\_\_\_\_ Номер модели: \_\_\_\_\_

## MEDICATIONS

If you don't take any medications, check this box:

Если вы не будете принимать какие-либо лекарства, пометить этот квадрат

Please list the medications (including over the counter) you take regularly and why you're taking it:

Пожалуйста, перечислите лекарств(в том числе без рецепта), которые вы регулярно принимаете и почему):

Лекарство	Причина	Лекарство	Причина
1. _____	Reason _____	3. _____	Reason _____
2. _____	Reason _____	4. _____	Reason _____

5. \_\_\_\_\_ Reason \_\_\_\_\_

9. \_\_\_\_\_ Reason \_\_\_\_\_

6. \_\_\_\_\_ Reason \_\_\_\_\_

10. \_\_\_\_\_ Reason \_\_\_\_\_

7. \_\_\_\_\_ Reason \_\_\_\_\_

11. \_\_\_\_\_ Reason \_\_\_\_\_

8. \_\_\_\_\_ Reason \_\_\_\_\_

12. \_\_\_\_\_ Reason \_\_\_\_\_

If you take a blood thinning medication, which one do you take? Если взять препараты, разжижающие кровь, какой из них выбрать?  
Aspirin, Coumadin, Warfarin, Plavix, Pradaxa, Xarelto, Aggrenox, or other \_\_\_\_\_  
аспирин / Coumadin / варфарин / Плавикс / Pradaxa / Xarelto / Aggrenox / или другие \_\_\_\_\_

## ALLERGIES

If you don't have any known drug allergies, check this box:

Если у вас нет никаких известных аллергии на лекарства, этот флажок

Please list the medications that you are allergic to: Пожалуйста, перечислите рецепты лекарств, на которые у вас аллергия

Лекарство

реакции

1. \_\_\_\_\_ Reaction \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_ Reaction \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_ Reaction \_\_\_\_\_

4. \_\_\_\_\_ Reaction \_\_\_\_\_

Do you have a latex allergy? Есть ли у вас аллергия на латекс?  No нет  Yes да

Do you have an allergic reaction to adhesives/tapes? У вас есть аллергическая реакция на клей / лент?  No нет  Yes да

Are you allergic to iodine or shellfish? У вас есть аллергия на йод или моллюсков?  No нет  Yes да

## SOCIAL HISTORY

Marital Status Семейное положение  Single Одноместный  Married женат  Widowed Вдова  Divorced разведенный

Domestic Partner Сожитель  Decline to answer отказать отвечать

Sexual Orientation Сексуальная ориентация  Heterosexual гетеросексуальный  Homosexual гомосексуалист

Bisexual бисексуальных  Decline to answer отказать отвечать

Use of Alcohol Употребление алкоголя  Never никогда не  Rarely редко  Moderate умеренный

Daily ежедневно, \_\_\_\_\_ drinks per day напитки в день

Use of Tobacco Использование табака  Never никогда не  Previously, but quit Ранее, но бросить: \_\_\_\_\_

Current, packs/day Текущий, пакетов / день : \_\_\_\_\_

Use of Illicit Drugs Использование незаконных наркотиков  Never никогда не  Type/Frequency Тип /

Частота: \_\_\_\_\_  Decline to answer отказать отвечать

Do you engage in anal-receptive intercourse?  No нет  Yes да  Decline to answer отказать отвечать

Вы участвовать в анально-восприимчивой полового акта?

## FAMILY MEDICAL HISTORY

Has anyone in your family had cancer? Кто-нибудь в вашей семье болел раком?  No нет  Yes да

Тип рака	Степень родства к вам	возраст диагноз
Type of cancer _____	Relationship to you _____	Age diagnosed _____

Type of cancer _____	Relationship to you _____	Age diagnosed _____
----------------------	---------------------------	---------------------

Type of cancer _____	Relationship to you _____	Age diagnosed _____
----------------------	---------------------------	---------------------

Check (✓) if your blood relatives have Проверьте, если ваши родственники имеют  Colon polyps полипы толстой кишки  
 Crohn's or ulcerative colitis Крона или язвенный колит  Thyroid/Endocrine Problems Щитовидная железа / эндокринные проблемы

## REVIEWS OF SYSTEMS (ROS)

Please only check the boxes only if they are bothering you TODAY

### CONSTITUTIONAL SYMPTOMS

- Good General Health хорошее общее здоровье
- Recent Weight Change Недавнее изменение веса
- Fever/Sweats лихорадка/ поты
- Fatigue усталость
- Headache головная боль

### SKIN

- Rashes сыпь
- Psoriasis псориаз
- Bruise Easily легкое образование синяков
- Abnormal Lumps аномальные шишки
- No symptoms Отсутствие симптомов

### NOSE

- Sinus Problems проблемы пазухи
- Breathing Problems проблемы с дыханием
- No symptoms Отсутствие симптомов

### CARDIOVASCULAR

- Palpitations сердцебиение
- Heart Murmur шумы в сердце
- Chest Pain боль в груди
- Irregular Heartbeat нерегулярное сердцебиение
- No symptoms Отсутствие симптомов

### EARS

- Decreased Hearing снижение слуха

- Ringing in Ears звон в ушах
- No symptoms Отсутствие симптомов

### GENITOURINARY

- Blood in Urine кровоточивость мочеполовой системы
- Frequency of Urination частое мочеиспускание
- Painful Urination болезненное мочеиспускание
- Loss of Bladder Control Потеря контроля мочевого пузыря
- Enlarged Prostate увеличение простаты
- No symptoms Отсутствие симптомов

### GASTROINTESTINAL

- Nausea/Vomiting тошнота / рвота
- Constipation запор
- Diarrhea диарея
- Blood in Stool кровь в стуле
- Loss of Bowel Control Потеря в контроле кишечника
- No symptoms Отсутствие симптомов

### ENDOCRINE

- Excessive Thirst/Appetite чрезмерная жажда / аппетит
- No symptoms Отсутствие симптомов

### NEUROLOGIC

- Headache/Migraine головная боль/ мигрень
- Dizziness головокружение
- No symptoms Отсутствие симптомов

### EYES

- Visual Loss потеря зрения
- Double Vision двоение в глазах
- Painful Eyes болезненные глаза
- No symptoms Отсутствие симптомов

### THROAT

- Sore Throat частые ангины
- Hoarseness хрипота
- Snoring храп
- No symptoms Отсутствие симптомов

### RESPIRATORY

- Shortness of Breath одышка
- Wheezing хрипы
- Cough кашель
- No symptoms Отсутствие симптомов

### MUSCULOSKELETAL

- Fractures/Sprains Переломы / вывихи
- Osteoporosis остеопороз
- Joint Swelling Совместное опухоль
- No symptoms Отсутствие симптомов

### OTHER

- Pregnant беременная: \_\_\_\_\_ weeks недели

---

---

---

---

Reviewed by: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

## MEDICAL ASSISTANTS USE ONLY

Ht: \_\_\_\_\_

Wt: \_\_\_\_\_

BP: \_\_\_\_\_

P: \_\_\_\_\_

T: \_\_\_\_\_

Smoker: non / current / quit

Allergy: NKDA / \_\_\_\_\_

Pacemaker: Yes / No