

# SFSMG Patient History Form (SPANISH)

Today's Date: (Fecha de hoy) \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

Birthdate: (cumpleaños) \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

First (nombre) Middle Last (apellido)

Month (mes) Day (día) Year (año)

What name would you preferred to be called? (¿Qué haría usted prefiere ser llamado?) \_\_\_\_\_

\*\*Phones: (teléfonos) Home: (casa) \_\_\_\_\_ Cell: (celular) \_\_\_\_\_ Work: (trabajo) \_\_\_\_\_

Your preferred pharmacy: (farmacia preferida) Name: (Nombre) \_\_\_\_\_ Location: (ubicación) \_\_\_\_\_

Your approximate weight (Su peso aproximado) \_\_\_\_\_ lbs (libras) Height: (Altura) \_\_\_\_ feet \_\_\_\_ inches

Do you have a latex allergy? (¿Tiene usted una alergia al látex?) Yes / No (Sí / No) Reaction: (Reacción) \_\_\_\_\_

Are you allergic to iodine? (¿Es usted alérgico al yodo?) Yes / No (Sí / No) Reaction: (Reacción) \_\_\_\_\_

Do you have a pacemaker / defibrillator? (If yes, please circle and answer question below)

¿Tiene usted un marcapasos o un desfibrilador? (En caso afirmativo, por favor conteste las siguientes preguntas)

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

Si es así, ¿cuál es el Nombre del fabricante: \_\_\_\_\_, Número de modelo: \_\_\_\_\_

Main concern / reason for today's visit: (motivo de la visita de hoy)

Please list the doctors you frequently visit and why: (Lista de los médicos que visitan con frecuencia y por qué)

Doctor: (médico) Reason: (razón)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Please list the prescription medications that you take regularly and why:

(Lista de los medicamentos recetados que usted toma regularmente y por qué)

Medication: (medicamentos) Reason: (razón) Medication: (medicamentos) Reason: (razón)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Do you take Aspirin / Coumadin / Warfarin / Plavix? (Please circle if yes)

(¿Toma aspirina / Coumadin / Warfarina / Plavix? círculo si es así)

Please list the prescription medications that you are allergic to:

(lista de los medicamentos con receta que usted es alérgico a)

Medication: (medicamentos) Reaction: (reacción) Medication: (medicamentos) Reaction: (reacción)

\_\_\_\_\_

Please list your previous surgeries and the approximate date: (una lista de sus cirugías previas y la fecha aproximada)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Have you ever smoked? Yes/No (¿Ha fumado alguna vez? Sí / No) How much? (¿Cuánto?) \_\_\_\_\_

Are you currently smoking? Yes/No (¿Está usted de fumar? Sí / No) # of years (número de años) \_\_\_\_\_

Do you drink alcohol? Yes/No (¿Bebe alcohol? Sí / No) How much? (¿Cuánto?) \_\_\_\_\_

Sexual orientation (La orientación sexual): heterosexual (heterosexual) / homosexual (homosexual) / bi-sexual (bisexual)

Do you engage in anal-receptive intercourse? Yes/No (¿Se practican relaciones sexuales anales receptivas? Sí / No)

Are you in a relationship? Yes/No (¿Está usted en una relación? Sí / No)

Has anyone in your family had any of the following cancers (please circle)?

(¿Alguien en su familia ha tenido alguno de los siguientes tipos de cáncer (por favor marque)?)

Colon (colón) / rectal (rectal) / uterine (uterino) / breast (mama) / colon polyps (pólipos en el colon) /

other (otros): \_\_\_\_\_ Relationship to you (Relación con usted) \_\_\_\_\_

**Other areas of your body that are currently affecting you (PLEASE CIRCLE):**

(por favor, de circular otras problemas médicas que usted tiene)

<b>General:</b>	fatigue (fatiga) / fever (fiebre) / weight loss (pérdida de peso) or gain (o ganancia) / night sweats (sudores nocturnos) / trouble sleeping (blemas para dormir)
<b>Eyes:</b>	poor vision (mala visión) / wear glasses (gafas) or contacts (o contactos) / cataracts (cataratas) / glaucoma (glaucoma)
<b>Ears, Nose, Throat:</b>	hearing difficulty (dificultad para oír) / ringing (llamada) / vertigo (vértigo) / snoring (ronquido) sinus congestion (congestión de los senos) / runny nose (goteo de la nariz) / hoarseness (ronquera) post-nasal drip (goteo post-nasal) / nasal allergies (alergias nasales) / sleep apnea (apnea del sueño) nose bleeds (sangra la nariz) / pain in jaw when chewing (dolor en la mandíbula al masticar) / difficulty swallowing (dificultad para tragar) / tongue problems (problemas lengua) / frequent sore throats (garganta dolorida frecuentes) / speech problems (problemas del habla) / dental problems (y problemas dentales) / thyroid problems (problemas de la tiroides)
<b>Respiratory:</b>	wheezing (sibilancias) / asthma (asma) / shortness of breath (dificultad para respirar) / cough (tos) / TB (la tuberculosis)
<b>Heart/Vascular:</b>	murmur (soplo) / palpitations (palpitaciones) / valve problems (oblemas en las válvulas) / chest pain or angina (dolor en el pecho o angina) / poor circulation (la mala circulación) / pain in legs while walking (dolor en las piernas al caminar) / hypertension (hipertensión) / congestive heart failure (insuficiencia cardíaca congestiva)
<b>Gastrointestinal:</b>	colitis (colitis) / ulcer (úlcer) / heartburn (acidez) or indigestion (indigestión) / Barrett's esophagus (El esófago de Barrett) / polyps (pólipos) / constipation (constipación) / diarrhea (diarrea) / jaundice (ictericia) / abdominal pain (dolor abdominal) / vomiting (y vómitos)
<b>Genito-Urinary:</b>	urinary frequency (la frecuencia urinaria) / burning (ardor) / pain (dolor) / herpes (herpes) / kidney stones (y las piedras de riñón) / UTI (infección del tracto urinario) / warts (verrugas) / urinary penile or vaginal blood (la sangre del pene urinaria o vaginal) / impotence (impotencia) / enlarged prostate (agrandamiento de la próstata) / urinary incontinence (incontinencia urinaria)
<b>Musculoskeletal:</b>	arthritis (artritis) or joint pain (dolor en las articulaciones) / muscle cramps (calambres musculares) / back pain (dolor de espalda) / sciatica (ciática)
<b>Skin:</b>	rash (erupción cutánea) / hives (colmenas) / itching (prurito) / dryness (seco) / hair or nail changes (Cambios en el cabello o las uñas) / skin cancer (cáncer de piel)
<b>Neurologic:</b>	headache (dolor de cabeza) / seizures (convulsiones) / fainting (desmayos) / dizziness (mareos) / numbness (entumecimiento) / tingling (hormigueo) / stroke (carrera) / memory loss (pérdida de la memoria) /
<b>Hematologic/Lymphatic:</b>	easy bruising (moretones con facilidad) or bleeding (sangrado) / history of transfusion (antecedentes de transfusión) / swollen lymph nodes (inflamación de los ganglios linfáticos)
<b>Immunologic/Allergy:</b>	diabetes (la diabetes) / autoimmune disorder (trastorno autoinmune) / environmental allergies (alergias ambientales)
<b>Psychiatric:</b>	depression (depresión) / anxiety (ansiedad) / stress (estrés) / excess worry (preocuparse en exceso) / drug or alcohol issues (problemas de drogas o alcohol)

**Other symptoms or issues not listed above:** (Otros síntomas o problemas no mencionados anteriormente:)

**Nothing above  
nada por encima de**