

San Francisco Surgical Medical Group

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

Name: _____ Birthdate: _____ Age: _____ Today's Date: _____
Nombre Fecha de nacimiento Edad Fecha de hoy

What name would you prefer to be called? _____
¿Qué nombre prefiere ser llamado?

What is the reason for your visit today? _____
¿Cuál es el motivo de su visita hoy?

MEDICAL HISTORY

Primary Care Physician (include address if not local) _____
Médico de atención primaria (incluya la dirección si no local)

Who referred you to our practice? _____ Same as above
Please list other physicians you wish reports sent to _____
Que refiere por favor lista otros médicos Igual que arriba deseo informes enviados a

(Mark all that apply)
(Marque todas las que apliquen)

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Heart Problems (type _____)
Problemas cardíacos (tipo ____) | <input type="checkbox"/> Liver Disease (type _____)
Enfermedad hepática (tipo__) |
| <input type="checkbox"/> Arthritis Artritis | <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Pneumonia/Bronchitis Neumonía/
bronquitis |
| <input type="checkbox"/> Asthma Asma | <input type="checkbox"/> High Blood Pressure Presión
arterial alta | <input type="checkbox"/> Stomach Ulcer/Acid Reflux Reflujo
de ácido ulcera estomacal |
| <input type="checkbox"/> Bleeding/Blood Disorder
Sangrado/sangre | <input type="checkbox"/> High Cholesterol or lipids Alto
colesterol o lípidos | <input type="checkbox"/> Stroke accidente cerebrovascular |
| <input type="checkbox"/> Crohns Disease Enfermedad de
Crohn | <input type="checkbox"/> HIV/AIDS VIH/SIDA | <input type="checkbox"/> Thyroid Disease Enfermedad de la
tiroides |
| <input type="checkbox"/> Depression Depresión | <input type="checkbox"/> Irritable Bowel Syndrome (IBS)
Síndrome del intestino irritable | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Immune Disorder Desorden
inmune | <input type="checkbox"/> Ulcerative Colitis Colitis ulcerosa |
| <input type="checkbox"/> Emphysema Enfisema | <input type="checkbox"/> Kidney Disease Enfermedad del
riñón | <input type="checkbox"/> Other _____
Otros |
| <input type="checkbox"/> Epilepsy/Seizures
Epilepsia/convulsiones | | |
| <input type="checkbox"/> Glaucoma Glacoma | | |

Please list all of your previous operations and the approximate date (use back side of paper if needed):
Por favor enumere todas las operaciones anteriores y la fecha aproximada en la (parte de atrás uso de papel si es necesario):

Operaciones: _____ Fecha: _____
1. _____ Date: _____
2. _____ Date: _____
3. _____ Date: _____

Have you ever had problems with anesthesia? No Yes Explain: _____
Ha tenido problemas con la anestesia? No Sí Explica: _____

Do you have a **pacemaker, defibrillator, or port**? No Yes

Tienes un marcapasos, desfibriladoro puerto?

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

En caso afirmativo, ¿cuál es el nombre del fabricante: _____ número de modelo

MEDICATIONS

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

Si no tomas algún medicamento, marque esta casilla:

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

Por favor liste los medicamentos (incluyendo en el mostrador) tomas regularmente y por qué estás tomando:

Medicamentos:	Razón:	Medicamentos:	Razón:
1. _____	Reason _____	5. _____	Reason _____
2. _____	Reason _____	6. _____	Reason _____
3. _____	Reason _____	7. _____	Reason _____
4. _____	Reason _____	8. _____	Reason _____

9. _____ Reason _____

11. _____ Reason _____

10. _____ Reason _____

12. _____ Reason _____

If you take a blood thinning medication, which one do you take?

Si usted toma una medicamento que diluyen la sangre, ¿cuál ¿aceptas?

Aspirin, Coumadin, Warfarin, Plavix, Pradaxa, Xarelto, Aggrenox, or other _____

Aspirina, Coumadin, warfarina, Plavix, Pradaxa, Xarelto, Aggrenox u otros

ALLERGIES

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

Si no tienes alguna alergia a medicamentos conocidos, marque esta casilla:

Please list the medications that you are allergic to:

Por favor enumere los medicamentos que usted es alérgico al:

Medicamentos:

Reacción:

1. _____

Reaction _____

2. _____

Reaction _____

3. _____

Reaction _____

4. _____

Reaction _____

Do you have a latex allergy? No Yes

Do you have an allergic reaction to adhesives/tapes? No Yes

Tienes una alergia al látex? No Sí

Tiene una reacción alérgica a cintas adhesivas /? No Sí

Are you allergic to iodine or shellfish? No Yes

Es usted alérgico al yodo o mariscos? No Sí

SOCIAL HISTORY

Marital Status Single Married Widowed Divorced Domestic Partner Decline to answer

Estado civil Solo Casado Viudo Divorciado Pareja Declive para responder

Sexual Orientation Heterosexual Homosexual Bisexual Decline to answer

Orientación sexual Heterosexual Homosexual Bisexual Declive para responder

Use of Alcohol Never Rarely Moderate Daily, _____ drinks per day

Consumo de Alcohol Nunca Raramente Moderada Diario, ___ bebidas por día

Use of Tobacco Never Previously, but quit: _____ Current, packs/day: _____

Consumo de tabaco Nunca Anteriormente, pero dejar de fumar: ___ Actual, paquetes/día: ___

Use of Illicit Drugs Never Type/Frequency: _____ Decline to answer

Uso de drogas ilícitas Nunca Tipo/frecuencia: ___ Declive para responder

Do you engage in anal-receptive intercourse? No Yes Decline to answer

Te involucras en el coito anal receptivo? No Si Declive para responder

FAMILY MEDICAL HISTORY

Has anyone in your family had cancer No Yes

Alguien en su familia ha tenido cáncer No Sí

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: Colon polyps Pólipos en el Colon Crohn's or ulcerative colitis de Crohn o colitis ulcerosa

Comprobar si tienen tus parientes de sangre:

REVIEWS OF SYSTEMS (ROS)

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

CONSTITUTIONAL SYMPTOMS

- Good General Health Buena salud General
- Recent Weight Change Cambio de peso reciente
- Fever/Sweats Fibre/sudores
- Fatigue Fatiga
- Headache dolor de cabeza

SKIN

- Rashes Erupciones
- Psoriasis
- Bruise Easily Moretones
- Abnormal Lumps Protuberancias anormales
- No symptoms No hay síntomas

NOSE

- Sinus Problems Problemas de sinusitis
- Breathing Problems Problemas de respiratorios
- No symptoms No hay síntomas

CARDIOVASCULAR

- Palpitations Palpitaciones
- Heart Murmur Soplo cardiaco
- Chest Pain Dolor en el pecho
- Irregular Heartbeat Latido corazón irregular
- No symptoms No hay síntomas

EARS

- Decreased Hearing Audicion disminuida

- Ringing in Ears Zumbido en los oídos
- No symptoms No hay síntomas

GENITOURINARY

- Blood in Urine Sangre en la orina
- Frequency of Urination Frecuencia de la micción
- Painful Urination Miccion dolorosa
- Loss of Bladder Control Perdida de Control de la vejiga
- Enlarged Prostate Agrandamiento de la próstata
- No symptoms No hay síntomas

GASTROINTESTINAL

- Nausea/Vomiting Nauseas/vómitos
- Constipation Estreñimiento
- Diarrhea Diarrea
- Blood in Stool Sangre en heces
- Loss of Bowel Control Pérdida del Control intestinal
- No symptoms No hay síntomas

ENDOCRINE

- Excessive Thirst/Appetite Sed/apetito excesivo
- No symptoms No hay síntomas

NEUROLOGIC

- Headache/Migraine Dolor de cabeza/ migraña
- Dizziness Visión doble
- No symptoms No hay síntomas

EYES

- Visual Loss Pérdida visual
- Double Vision Visión doble
- Painful Eyes Ojos dolorosa
- No symptoms No hay síntomas

THROAT

- Sore Throat Dolor de garganta
- Hoarseness Ronquera
- Snoring Ronquidos
- No symptoms No hay síntomas

RESPIRATORY

- Shortness of Breath Dificultad para respirar
- Wheezing Sibilancias
- Cough Tos
- No symptoms No hay síntomas

MUSCULOSKELETAL

- Fractures/Sprains Fracturas/esguinces
- Osteoporosis
- Joint Swelling Hinchazón en las articulaciones
- No symptoms No hay síntomas

OTHER

- Pregnant: _____ weeks
- Embarazado: _____ semanas

Reviewed by: _____ Date: _____

MEDICAL ASSISTANTS USE ONLY

Ht: _____ Wt: _____ BP: _____ P: _____ T: _____
Smoker: non / current / quit Allergy: NKDA / _____ Pacemaker: Yes / No