

**Adult Patient Form**

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

Birthdate: \_\_\_\_\_ Age: \_\_\_\_\_ Height: \_\_\_\_\_ Weight: \_\_\_\_\_

Reason for Visit: \_\_\_\_\_

When did you get hurt or start feeling the problem? \_\_\_\_\_

Is your injury work related?    YES    NO    Date of Injury? \_\_\_\_\_

**Past Medical History:** (Circle all that apply)

High Blood Pressure	Hepatitis	Blood Clot	HIV	Heart Disease
Stroke/TIA	Ulcers	Osteoporosis	Gout	Bleeding Disorder
Kidney Disease	Thyroid	Lupus	Diabetes	Arthritis
Congestive Heart Failure	COPD	Cancer	Reflux	Seizures
High Cholesterol	TB	Pacemaker	Dialysis	Mental Health
Asthma	Sleep Apnea	Heart Attack	Other: _____	

**Past Surgeries:** \_\_\_\_\_

**Family Medical History:** (Circle all that apply)

None      Unknown      Heart Disease      Cancer      Diabetes      Stroke

**Pharmacy Name and Number:** \_\_\_\_\_

Medications you take everyday: \_\_\_\_\_

Allergies to medications: \_\_\_\_\_

**Social History:**    Working    Retired    Disabled    Temporarily out of work

Job: \_\_\_\_\_ Last Day worked: \_\_\_\_\_

Are you Right or Left Handed? (Circle)

Do you smoke?    YES    NO    QUIT WITHIN LAST 6 MONTHS

Do you drink?    YES    NO    QUIT WITHIN LAST 6 MONTHS

Do you use recreational drugs?    YES    NO    QUIT WITHIN LAST 6 MONTHS

Do you walk with:    Cane    Crutches    Walker    Wheelchair    Nothing

**Other Symptoms:** (Circle)

Headache	Weight loss	Pain at night	Fever	Dizzy	Numbness/Tingling
Cough	Short of Breath		Chest Pain	Swelling	Depression
Irregular heart beat	Bruise Easily		Painful Urination		Frequent falls

## Questionario de Historia Medica

**Nombre:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_  
**Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_ **Edad:** \_\_\_\_\_ **Estatura:** \_\_\_\_\_ **Peso:** \_\_\_\_\_  
**Razon de la Visita:** \_\_\_\_\_  
**Fecha que noto problema o que fue lesionado :** \_\_\_\_\_  
**Fue lesionado en el trabajo (SI) (NO) Fecha de lesion:** \_\_\_\_\_

### Problemas medicos (marque todas las que aplican):

Alta Presion	Hepatitis	Coágulo	VIH	Enfermedad Cardiaca	
Embolio	Ulcera	Osteoporosis	Gota	Enfermedad de la Sangre	
Riñón	Tiroides	Lupus	Diabetes	Artritis	Cardiaca Congestiva
Enfermedad de obstrucción pulmonar cronica	Cancer	Reflujo de acido	Convulsiones		
Colesterol Alto	Tuberculosis	Marcapasos Cardiaco	Dialisis	Salud Mental	
Asma	Sindrome de apnea obstructiva del sueño	Ataque Cardiaco			

Otras: \_\_\_\_\_

### Cirugias Anteriores: \_\_\_\_\_

### Problemas medicos de miembros familiares (marque todas las que aplican):

Ninguno Desconocido Enfermedades Cardiaco Cancer Diabetes Embolio

### Nombre y numero de farmacia: \_\_\_\_\_

### Medicamentos diarios: \_\_\_\_\_

### Alergias de Medicamentos: \_\_\_\_\_

**Historia Social:** Trabajando Jubilado Incapacitado Temporalmente sin trabajo

**Typo de trabajo:** \_\_\_\_\_ **Ultimo dia de trabajo:** \_\_\_\_\_

**Usa mano:** Derecha Izquierda

¿Es usted fumador? (SI) (NO) Ha dejado en los ultimos 6 meses  
¿Bebe usted alcohol? (SI) (NO) Ha dejado en los ultimos 6 meses  
¿Usa drogas? (SI) (NO) Ha dejado en los ultimos 6 meses

**Camina con:** Baston Muletas Andador Nada

**Otros sintomas:** Dolor de cabeza Perdida de peso Dolor en las noche Fiebre Mareado  
Adormecimiento Tos Falta de aliento Dolor en pecho Hinchazon Depresion  
Caidas Frecuentes Dolor al orinar Latido cardiaco Irregular Moretones facilmente

## Pediatric Clinic Form

Name \_\_\_\_\_ Age \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Height \_\_\_\_\_ Weight \_\_\_\_\_ BMI (office use ) \_\_\_\_\_

Reason for Visit: \_\_\_\_\_

Date of Injury or Date/Age noticed problem: \_\_\_\_\_

### Past Medical Issues: (Circle ALL that apply)

Heart Disease	Asthma	Kidney Disease
Seizures	Diabetes	Thyroid Disease
Skin Rash	TB	Reflux
Cancer	ADHD	Depression

Past Surgeries: \_\_\_\_\_

### Any family members with history of: (Circle ALL that apply)

Heart Disease	Asthma	Kidney Disease
Seizures	Diabetes	Thyroid Disease
Skin Rash	TB	Reflux
Cancer	ADHD	Depression

### Birth History: (Circle)

Full term    yes    no                      Normal Delivery                      C- Section  
Weight at birth \_\_\_\_\_    What number child in family \_\_\_\_\_

### Social History:

Started walking at what age \_\_\_\_\_  
Current Grade \_\_\_\_\_    Not in school  
Right Handed    Left Handed

Medications: \_\_\_\_\_

Medication Allergies: \_\_\_\_\_

### Any other symptoms: (Circle ALL that apply)

Headache    Weight Loss    Numbness    Swelling    Fevers    Rash

## Formulario de Clinica Pediatrica

**Nombre:** \_\_\_\_\_ **Edad:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_  
**Altura:** \_\_\_\_\_ **Peso:** \_\_\_\_\_ **BMI (Uso de la Oficina)** \_\_\_\_\_  
**Razon de Visita:** \_\_\_\_\_

**Fecha de la lesion o Fecha/Edad notado problema:** \_\_\_\_\_

**Problemas Mèdicos (Haga un circulo en TODO lo que corresponda):**

Enfermedades De:	Corazon	Riñon	Tiroides
Convulsiones	Asma	Diabetes	
Erupcion Cutànea	Tuberculosis	Reflujo de àcido	
Depresiòn	Càncer		
Trastorno Por Deficit de Atenciòn con Hiperactividad			

**Cirurgias Anteriores:** \_\_\_\_\_

**Problemas Mèdicos de Miembros Familiar (Haga un circulo en TODO lo que corresponda):**

Enfermedades De:	Corazon	Riñon	Tiroides
Convulsiones	Asma	Diabetes	
Erupcion Cutànea	Tuberculosis	Reflujo de àcido	
Depresiòn	Càncer		
Trastorno Por Deficit de Atenciòn con Hiperactividad			

**Historia de Nacimiento (Haga un circulo en TODO lo que corresponda):**

Termino Completo - (Si) (No) Parto Normal Cesàrea  
Peso al Nacer: \_\_\_\_\_  
Que niño numero en familia: \_\_\_\_\_

**Historia Social:**

Edad que comenzò a caminar: \_\_\_\_\_  
Grado Actual: \_\_\_\_\_ No en la Escuela  
Usa mano: Derecha o Izquierda

**Medicamentos:** \_\_\_\_\_

**Alergias de Medicamentos:** \_\_\_\_\_

**Cualquier Otro Sintomas (Haga un circulo en TODO lo que corresponda):**

Dolor de Cabeza	Pèrdida de Peso	Entumecimiento
Inflamacion	Fiebres	Erupciòn Cutànea