

Nashua Area Health Center ~ Medical History Questionnaire

Today's Date (Fecha de hoy) __/__/__

Your name (Nombre) _____

Date of Birth (Fecha de nacimiento) __/__/__

What is the name of the doctor you see for regular health care (Nombre del medico que usted visita para su cuidado de salud regular)? _____

What hospitalizations/operations have you had (Que hospitalizaciones u operaciones ha tenido usted)? _____

For what conditions do you see the doctor more than once year (Por que razón visita a su doctor, mas de una vez por año)? _____

What medicines do you take more than once a month (including Aspirin, Tylenol, laxatives, birth control pills, vitamins, etc.)? (Que medicinas toma usted mas de una vez al mes, entre otras Aspirin, Tylenol, laxatives, anticonceptivas, vitaminas, etc?) _____

Do you have any medication allergies (Es alergico algun medicamento)? [] Yes (Si) [] No Explain: _____

What was the date of your last immunization for (Cual fué la fecha de su ultima inmunización):

Measles, Mumps and Rubella (MMR) __/__/__ Hepatitis B __/__/__ Tetanus __/__/__

Have you been exposed to diethylstilbestrol (DES) in utero (Ha estado expuesta a diethylstilbestrol en utero)? [] Yes (Si) [] No

Please check the boxes below that fit your family medical history to the best of your knowledge.

Por favor marque las casillas que mejor describan su historial medico familiar.

	Myself (yo)	Mother (madre)	Father (padre)	Sister (hermana)	Brother (hermano)	Mother's side (materna)	Father's side (paterna)	Child (hijos)	Other Family familiares)	None (nadie)		Myself (yo)	Mother (madre)	Father (padre)	Sister (hermana)	Brother (hermano)	Mother's side (materna)	Father's side (paterno)	Child (hijos)	Other Family (familiares)	None (nadie)	
High Blood Pressure (Presión alta)											Liver Disease/ Hepatitis(Enfermedad del hígado (hepatitis)											
Heart Problem (before age 50 yrs) Problemas cardiacos antes de 50 años											History of abuse: physical, mental or sexual (Historia de abuso, fisicio, mental o sexual)											
Heart Problem (after age 50 yrs) Problemas cardiacos después de 50 años											Liver Disease/ Cirrhosis (cirrosis del hígado)											
Colon/Rectal Cancer Cáncer rectal											Stroke derrame cerebral											
Anxiety/Panic Attacks Ansiedad/ Ataques de pánico											Diabetes Diabetes											
Depression (Depresion)											High Cholesterol Colesterol alto											
Alzheimer's Disease Enfermedad de Alzheimer's (perdida de la memoria)											Smoking Fumador (a)											
Other Mental Illness (otras enfermedades mentales)											Eating Disorder Desorden alimenticio											
Arthritis (Type _____) Artritis (clase)											Alcohol Abuse Abuso al alcohol											
Birth Defects Defectos de nacimiento											Drug Abuse Abuso a las drogas											
Hereditary Conditions Condiciones hereditarias											Asthma Asthma											
Seizure/Epilepsy Ataques de epilepsia											Allergies/ Hayfever Alergias											
Migraine Headaches Migrañas											Kidney Failure Enfermedades renales											
Hearing Loss (before age 50 yrs) Perdida de audición (antes de 50 años)											Breast Cancer Cáncer del seno											
											Cancer (other type) Otros tipos de cancer											

Advanced Directives Given []

FOR LAMPREY HEALTH CARE USE ONLY (PARA USO UNICO DEL CENTRO DE SALUD DE LAMPREY)

Reviewed by (recibido por): _____ Date (fecha): _____

Sexual History (Historia Sexual) - Everything you tell us is confidential. These personal questions help us evaluate your health. Answer only the questions you are comfortable answering (Todo lo que nos diga es confidencial. Estas preguntas personales nos ayudan a evaluar su estado de salud. Responda aquellas con las cuales se sienta cómodo contestando):

Have you had sex? (Ha tenido relaciones sexuales)? Never (Nunca) Yes (Si)

Check all that apply (Conteste todo lo que crea que le corresponde): Oral Vaginal Anal

Do you enjoy sex (Disfruta de las relaciones sexuales)? Always (Siempre) Sometimes (Algunas veces) Never (Nunca)

Any pain or discomfort with sex (Siente dolor o incomodidad cuando tiene relaciones sexuales)? Yes (Si) No

How old were you when you first had sex (Cuantos años tenia cuando tuvo sus primeras relaciones sexuales)? _____

Have your partners been (Sus contactos sexuales han sido) Male (Mascullinos) Female (Femeninos) Both (Ambos sexos)

How many total partners have you had in your lifetime (Cuantas parejas ha tenido en total)? _____

Are you currently in a relationship with one partner (Su relación actual es con una sola pareja)? No Yes (Si)

Have you had more than one partner in the past year (Ha tenido mas de una pareja en el ultimo año)? No Yes (Si)

Has your partner had another partner in the past year (Su pareja ha tenido mas de una pareja en el último año)? No Yes (Si) Not sure (No se)

Do you have any question about sexually transmitted infections or HIV

(Tiene preguntas acerca de enfermedades venéreas o a cerca del sida)? No Yes (Si) Not sure (No se)

Do you have any concerns about your sexual activity (Le preocupa algo acerca de su actividad sexual) No Yes (Si)

Birth Control (Control Natal)

Are you interested in a birth control method today (Le interesa un método de control natal hoy) ? No Yes (Si)

What method (Que método)? _____

Are you and your partner(s) currently using a method of birth control (Ud. O su pareja usa algún método)? No Yes (Si)

What method (Que método)? _____ Any problems (algún problema)? _____

Have you used other methods in the past (Ha usado otros métodos anteriormente)? No Yes (Si)

What method (Que métodos)? _____ Any problems (algún problemas)? _____

Have you had intercourse without birth control since your last menstrual period?

(Hatanido relaciones sexuales desde que tuvo su ultima menstruación sin usar ningún anticonceptivo?) No Yes (Si)

Women's Health History (Historia Clinica Concerniente a La Mujer)

The first day of your last menstrual period (Cuando se inicio su ultimo periodo): ___/___/___

Was it (Fue)? Normal Not normal (Anormal)

Age at which you had your first period (A que edad tuvo su primera menstruación): _____ Years(años)

Are you still having periods (Tiene menstruaciones)? No Yes (Si)

Do your periods come every month (Todavía Menstruaa Ud. Mensualmente)? No Yes (Si)

How many days do they last (Por cuantos días)? _____

Number of pads/tampons you user per day when your flow is heaviest (Cuantos tampones o toallas higiénicas usa al día cuando sangra mas fuertemente). _____

Do you bleed between periods (Sangra entre sus periodos menstruales)? No Yes (Si)

Do you bleed after sex (Sangra luego de tener relaciones sexuales)? No Yes (Si)

Do you have bad cramps (Sufre de cólicos fuertes)? No Yes (Si)

Any questions about your periods (Preguntas acerca de su menstruación)? No Yes (Si)

Have you ever had a pap smear (Se ha hecho un papanicolao)? No Yes (Si) When (Cuando)? _____

When was the last one (Cuando fue el ultimo)? _____

Have you ever had an abnormal pap (Alguna vez este le salió anormal)? No Yes (Si) When (Cuando)? _____

When was the last one (Cuando fue el ultimo)? _____

Have you ever had a mammogram (Se ha hecho alguna mamografía)? No Yes (Si) When (Cuando)? _____

When was the last one (Cuando fue el ultimo)? _____

Have you been abused, physically, mentally or secually in the past (Ha sufrido abusado fhisicio, mental o sexual) ? No Yes (Si)

Have you ever been pregnant (Alguna vez ha estado embarazada)? No Yes (Si)

If no, skip to the end (Si responde negativamente ignore el resto de estas preguntas.

How many times have you been pregnant (Cuantas veces ha estado embarazada)? _____

Number of living children (Numero de ninos vivos) _____ Ages (Edades) _____

Number of (Cuántos, si alguno, de lo siguientes ha tenido en el pasado):

Babies born alive (Bebes vivos) _____ Premature births (Bebes prematuros) _____ Miscarriages (Abortos espontáneos) _____

Abortions (Abortos inducidos) _____ Stillbirths (Bebes nacidos muertos) _____ Cesarean Sections (Cesáreas) _____

Ectopic (tubal) pregnancies (Embarazos ectópicos) _____

List any problems you have had with your pregnancies (Problemas que ha tenido durante sus embarazos) _____

Patient Signature: _____ Date: _____

Reviewed by: _____ Date: _____