



Nombre: _____ Fecha nacimiento: _____

Revisión de Medicamentos

Medicación	Dosis/Frecuencia	Enfermedad	Efectos Secundarios

Día de ultimo físico: _____ **Examen de vista:** _____ **Examen Rectal Próstata:** _____

Alergias: _____ **ultima colonoscopia** >50 yrs _____

Cirugías/procedimientos/Trauma/Fractura en el pasado? _____

Alguna hospitalización? _____

Vacunas: Tétano _____ Gripe/Flu _____ Neumococo _____ Vacuna MMR (si nació antes 1956) _____

Historia Social

Café/Te: _____/al día **Bebidas Energéticas:** _____/al día **Tatuajes:** _____

Alcohol: cerveza/vino/ licor _____/al día _____ semana **Tabaco** en el pasado si/ no/al día x _____ anual

Uso de drogas: ningun/Marijuana/Cocaine/Heroina/Pastillas/LSD/Ampfetaminas _____/al día

Riesgos laborales : _____ **Problemas para dormir:** _____

Ejercicio: _____/al día _____/semana

Historial Medico Familiar: Han diagnosticado usted o cualquier miembro de su familia inmediata

Condicion	Respuesta	Yo	Padre	Madre	Hermana/o	Familiar	Describir
Asthma/ TB	No Si						
Cancer	No Si						
Hypertension/Stroke	No Si						
Fatiga	No Si						
Insuficiencias cardiacas	No Si						
Insuficiencia Renal/Piedras Rinon	No Si						
Hipertension/Embolias	No Si						
Diabetes	No Si						
Aneurisma Cerebral	No Si						
Perdida de vista	No Si						
Tiroides	No Si						
Migrana/Epilepsia	No Si						
Cambios de Peso	No Si						
Infecciones de transmicion sexual	No Si						
Depresion	No Si						
Bipo/Sch/Suicidio	No Si						
Anemia/Leukemia	No Si						

MUJER : **Historial el/la obstetra:** G ___ P ___ C ___ A ___ T ___ **Ultima Menstruación:** _____

Primera menstruación: _____ **Anticoncepción:** _____ **Reemplazo Hormonal:** _____

Historial STD: _____ **Ultima Mamografía** _____ **Examen de Osteoporosis:** _____

Síntomas de Menopausia: _____ **Ultimo Papanicolaou:** _____ **Fatiga** _____



Patient Name: _____ DOB: _____

REVIEW OF MEDICATIONS

MEDICATION	DOSE/FREQUENCY	DISEASE	SIDE EFFECTS

Date of last physical: _____ **Eye Exam:** _____ **Last Rectal Exam:** _____

Any allergies: _____ **Last Colonoscopy >50 yrs** _____

Any surgeries/procedures/Trauma/Fracture in the past? _____

Any hospitalizations in the past year? _____

Vaccines: Tetanus _____ Flu _____ Pneumococcal _____ MMR (if born after 1956) _____

SOCIAL HISTORY

Coffee/Tea: _____/day **Energy Drinks:** _____/day **Tattoos:** _____

Alcohol: beer/ wine/ liquor _____/day _____week **Tobacco** in the past Y/ N/day x _____ years

Drug Use: none/ Marijuana/ Cocaine/ Heroin/ Pills/ LSD/ Amphetamines _____/day

Contraception Use: _____ **Job hazards:** _____

Sleeping problems: _____ **Exercise:** _____/day _____/week

MEDICAL/FAMILY HISTORY: Have yourself or any members of your immediate family been diagnosed with

Condition	Answer	Self	Father	Mother	Sibling	Other relative	Type/Describe
Asthma/ TB	No Yes						
Cancer	No Yes						
Hypertension/Stroke	No Yes						
Fatigue	No Yes						
Chest Pain/ CHD	No Yes						
Renal Failure/KStone	No Yes						
Hyperlipidemia	No Yes						
Diabetes	No Yes						
Brain Aneurysm	No Yes						
Loss of Vision	No Yes						
Thyroid Disease	No Yes						
Migraines/ Seizure	No Yes						
Weight Changes	No Yes						
STD	No Yes						
Depression	No Yes						
Bipo/Sch/Suicide	No Yes						
Anemia/Leukemia	No Yes						

Female: OB/GYN HISTORY: G ___ P ___ C ___ A ___ T ___ **LMP:** _____ **Menarche:** _____

Contraception Use: _____ **Hormone replacement:** _____ **Hx STD:** _____

LastPap: _____ **Last Mammogram** _____ **Last Bone Density** _____

Menopause Symptoms: _____ **Fatigue** _____