

# Patient Health & Medical History Questionnaire

## Cuestionario sobre el historial médico y la salud del paciente

Date/Fecha \_\_\_\_\_

First Name/Nombre \_\_\_\_\_ Age/Edad \_\_\_\_\_

Middle Name/Segundo nombre \_\_\_\_\_ Ethnicity/Race/Etnia/raza \_\_\_\_\_

Last Name/APELLIDO \_\_\_\_\_ Marital Status/Estado civil \_\_\_\_\_

Sex/Sexo  Male/Masculino  Female/Femenino

Please answer carefully the enclosed questionnaire about your present and past medical problems and the history of your current illness. It is important that you complete each of the questions as accurately as possible so the doctor can best understand the nature of your present medical problems. This information will become part of your permanent record and will remain confidential. The contents of this questionnaire will only be released with your written authorization.

*Esta información formará parte de su registro permanente y se mantendrá confidencial. El contenido de este cuestionario solo se publicará con su autorización por escrito. Responda cuidadosamente el cuestionario adjunto sobre sus problemas médicos actuales y pasados y el historial de su enfermedad actual. Es importante que complete cada una de las preguntas con la mayor precisión posible para que el médico pueda comprender mejor la naturaleza de sus problemas médicos actuales.*

### List Your Physician(s)/Lista de sus médicos

Use additional pages if needed. Check box if provider is to receive a copy of today's consultation.  
*Utilice páginas adicionales si es necesario. Marque la casilla si el proveedor debe recibir una copia de la consulta de hoy.*

Personal Physician/Médico personal \_\_\_\_\_ Phone/Teléfono \_\_\_\_\_

Surgeon/Cirujano \_\_\_\_\_ Phone/Teléfono \_\_\_\_\_

Cardiologist/Cardiólogo \_\_\_\_\_ Phone/Teléfono \_\_\_\_\_

Pulmonologist/Neumólogo \_\_\_\_\_ Phone/Teléfono \_\_\_\_\_

Urologist/Urólogo \_\_\_\_\_ Phone/Teléfono \_\_\_\_\_

Gastroenterologist/Gastroenterólogo \_\_\_\_\_ Phone/Teléfono \_\_\_\_\_

Other/Otro \_\_\_\_\_ Phone/Teléfono \_\_\_\_\_

### Your Pharmacy/Su farmacia

Name/Nombre \_\_\_\_\_ Phone/Teléfono \_\_\_\_\_

**CBCC** COMPREHENSIVE  
BLOOD & CANCER CENTER  
*Outsmarting Cancer™*

(661) 322-2206 main | (661) 322-7027 fax | 6501 Truxtun Avenue, Bakersfield, CA 93309 | www.cbccusa.com  
A Jonsson Comprehensive Cancer Center TRIO-US Site

## History of Present Illness/*Historial de la enfermedad actual*

What is the reason for your visit?/*¿Cuál es el motivo de su consulta?* \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

What are your current symptoms and how long have you had them?/*¿Cuáles son sus síntomas actuales y por cuánto tiempo los ha tenido?* \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Have you received treatment for this diagnosis?/*¿Ha recibido tratamiento para este diagnóstico?*

No/*No*  Yes/*Sí* Please give date and location of the treatment/surgery.

*Indique la fecha y el lugar del tratamiento/la cirugía.*

Surgery/*Cirugía* \_\_\_\_\_

Radiation/*Radiación* \_\_\_\_\_

Drug or other therapy (chemotherapy)/*Medicamento u otra terapia (quimioterapia)*

\_\_\_\_\_

Do you have other medical problems that are now being treated?/*¿Tiene otros problemas médicos que estén tratados actualmente?*

*¿Tiene otros problemas médicos que estén tratados actualmente?*

No/*No*  Yes/*Sí* Please list them here./*Si. Enumérelos aquí.* \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Past Medical History/*Historial médico*

Check the illnesses that you have had or currently have. Provide the year for those that required hospitalization./

*Marque las enfermedades que ha tenido o tiene actualmente. Proporcione el año para aquellas que requirieron hospitalización.*

Heart Disease \_\_\_\_\_  
*Enfermedad cardíaca*

Scarlet Fever \_\_\_\_\_  
*Escarlatina*

Kidney Disease \_\_\_\_\_  
*Enfermedad renal*

Cancer \_\_\_\_\_  
*Cáncer*

Hepatitis \_\_\_\_\_  
*Hepatitis*

Bronchitis (Recurring) \_\_\_\_\_  
*Bronquitis (recurrente)*

Diabetes \_\_\_\_\_  
*Diabetes*

Stomach Ulcer \_\_\_\_\_  
*Úlceras estomacales*

Venereal Disease \_\_\_\_\_  
*Enfermedad venérea*

Emphysema \_\_\_\_\_  
*Enfisema*

Liver Disease \_\_\_\_\_  
*Enfermedad hepática*

Nervous Breakdown \_\_\_\_\_  
*Crisis nerviosa*

Hives \_\_\_\_\_  
*Urticaria*

Jaundice \_\_\_\_\_  
*Ictericia*

Bleeding Disorder \_\_\_\_\_  
*Trastorno de sangrado*

Asthma \_\_\_\_\_  
*Asma*

Measles \_\_\_\_\_  
*Sarampión*

Rheumatic Fever \_\_\_\_\_  
*Fiebre reumática*

Tuberculosis \_\_\_\_\_  
*Tuberculosis*

Mumps \_\_\_\_\_  
*Parotiditis*

High Blood Pressure \_\_\_\_\_  
*Presión arterial alta*

Valley Fever \_\_\_\_\_  
*Fiebre del Valle*

Chicken Pox \_\_\_\_\_  
*Varicela*

Shingles \_\_\_\_\_  
*Culebrilla*

Blood Clots \_\_\_\_\_  
*Coágulos de sangre*

Anemia \_\_\_\_\_  
*Anemia*

Herpes Zoster \_\_\_\_\_  
*Herpes zóster*

Seizures \_\_\_\_\_  
*Convulsiones*

Pneumonia (Recurring) \_\_\_\_\_  
*Neumonía (recurrente)*

Thyroid Disease \_\_\_\_\_  
*Enfermedad de la tiroides*

Other serious illness/*Otra enfermedad grave* \_\_\_\_\_

Have you had any of the surgeries listed below? Check and give the year./*¿Ha tenido alguna de las*

*cirugías que se enumeran a continuación? Marque e indique el año.*

Appendix \_\_\_\_\_  
*Del apéndice*

Stomach \_\_\_\_\_  
*De estómago*

Bladder \_\_\_\_\_  
*De la vejiga*

Breast \_\_\_\_\_  
*De pecho*

Artery \_\_\_\_\_  
*De arterias*

Heart Problems \_\_\_\_\_  
*Por problemas cardíacos*

Eyes \_\_\_\_\_  
*De los ojos*

Colon \_\_\_\_\_  
*De colon*

Heart Surgery \_\_\_\_\_  
*Cirugía cardíaca*

**Past Medical History (cont.)/Historial médico (cont.)**

Have you had any of the surgeries listed below? Check and give the year:  
¿Ha tenido alguna de las cirugías que se enumeran a continuación? Marque e indique el año:

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Hip _____<br><i>De cadera</i>              | <input type="checkbox"/> Gallbladder _____<br><i>De vesícula</i>        | <input type="checkbox"/> Hernia Repair _____<br><i>Reparación de hernia</i>              |
| <input type="checkbox"/> Lung _____<br><i>De pulmón</i>             | <input type="checkbox"/> Knee _____<br><i>De rodilla</i>                | <input type="checkbox"/> Prostate Gland _____<br><i>De la glándula prostática</i>        |
| <input type="checkbox"/> Ovary _____<br><i>De ovarios</i>           | <input type="checkbox"/> Mastoids _____<br><i>De mastoides</i>          | <input type="checkbox"/> Thyroid Gland _____<br><i>De tiroides</i>                       |
| <input type="checkbox"/> Kidney _____<br><i>De riñón</i>            | <input type="checkbox"/> Nose _____<br><i>De nariz</i>                  | <input type="checkbox"/> Hemorrhoids _____<br><i>De hemorroides</i>                      |
| <input type="checkbox"/> Veins _____<br><i>Vascular</i>             | <input type="checkbox"/> Tubes Tied _____<br><i>Ligadura de trompas</i> | <input type="checkbox"/> Tonsil & Adenoids _____<br><i>De amígdalas y adenoides</i>      |
| <input type="checkbox"/> Bone Marrow _____<br><i>De médula ósea</i> | <input type="checkbox"/> Uterus _____<br><i>De útero</i>                | <input type="checkbox"/> Dilatation & Curettage _____<br><i>De dilatación y curetaje</i> |

Other surgeries/Otras cirugías: \_\_\_\_\_

Have you ever had problems with anesthesia?/¿Alguna vez ha tenido problemas con la anestesia?

No/No  Yes/Sí Please state the problem/Indique el problema \_\_\_\_\_

Have you ever had radiation treatment?/¿Alguna vez ha recibido radioterapia?

No/No  Yes/Sí What part(s) of the body/¿En qué partes del cuerpo? \_\_\_\_\_

Have you ever had serious accidents or injuries?/¿Alguna vez ha sufrido accidentes o lesiones graves?

No/No  Yes/Sí Please describe/Sí: describa \_\_\_\_\_

Have you ever had blood transfusions?/¿Alguna vez ha recibido transfusiones de sangre?

No/No  Yes/Sí List how many/Enumere cuántas veces \_\_\_\_\_

**Medications/Medicamentos**

List the names of any medications that you take regularly/Enumere los nombres de los medicamentos que toma con regularidad

Name/Nombre	Dose/Dosis	Frequency/Frecuencia	Date Started/Fecha de inicio
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Would you like to have some of your prescriptions filled at our office?

¿Le gustaría que le surtieran algunos de sus medicamentos con receta en nuestro consultorio?

No/No  Yes/Sí

**Vaccination Information/Información de vacunación**

**Flu Shot/Vacuna contra la gripe**

Date Taken/Fecha de vacunación \_\_\_\_\_ Location/Sitio  Left Arm  Right Arm  
*Brazo izquierdo* *Brazo izquierdo*

**Covid-19/Vacuna contra la COVID-19**

1st Dose/1.ª dosis \_\_\_\_\_ Location/Sitio  Left Arm  Right Arm  
*Brazo izquierdo* *Brazo izquierdo*

2nd Dose/2.ª dosis \_\_\_\_\_ Location/Sitio  Left Arm  Right Arm  
*Brazo izquierdo* *Brazo izquierdo*

Booster/Dosis de refuerzo \_\_\_\_\_ Location/Sitio  Left Arm  Right Arm  
*Brazo izquierdo* *Brazo izquierdo*

Manufacturer/Fabricante  Moderna  Pfizer  Johnson & Johnson

## Allergies/Alergias

## Physician Comments

Comentarios del médico

Medication/Food  
Medicamentos/alimentos

Reaction  
Reacción

Date First Occurred  
Fecha en la que ocurrió por primera vez

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

## Personal Habits/Hábitos personales

List the jobs you have held/Enumere los trabajos que ha tenido: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Have you ever been exposed to any of the following?/¿Alguna vez ha estado expuesto a alguno de los siguientes?

Radiation/Radiación

No/No  Yes/Sí

Petroleum Products/Productos derivados del petróleo

No/No  Yes/Sí

Industrial Toxins/Toxinas industriales

No/No  Yes/Sí

Insecticides/Insecticidas

No/No  Yes/Sí

Benzene/Benceno

No/No  Yes/Sí

Smoking/Tabaquismo

Yes, current every day smoker./Sí, actual fumador todos los días.

Number of years/Cantidad de años \_\_\_\_\_ Packs per day/Paquetes por día \_\_\_\_\_

Yes, occasional smoker./Sí, fumador ocasional.

Number of years/Cantidad de años \_\_\_\_\_ Packs per week/Paquetes por semana \_\_\_\_\_

Previously smoked, but quit./Exfumador.

Years quit/Hace cuántos años que dejó de fumar \_\_\_\_\_

Never smoked/Nunca fumó

Do you drink alcohol?/¿Bebe alcohol?  No/No  Yes/Sí Explain/Indique la cantidad y el tipo \_\_\_\_\_

Have you been on a diet in the past?/¿Ha hecho dieta en el pasado?

No/No  Yes/Sí List type and reason/Indique el tipo y el motivo \_\_\_\_\_

Have you ever used "street drugs" (cocaine, marijuana, LSD, etc.)?/¿Alguna vez ha consumido "drogas ilegales" (cocaína, marihuana, LSD, etc.)?  No/No  Yes/Sí

## Religious Beliefs (optional)/Creencias religiosas (opcional)

Do you have a religious background?/¿Tiene antecedentes religiosos?

No/No  Yes/Sí Explain/Explique \_\_\_\_\_

Will your religious beliefs have an important role in your treatment?/¿Sus creencias religiosas tendrán un papel importante en su tratamiento?  No/No  Yes/Sí

Would you like a doctor, nurse or other staff member to pray with you?/¿Le gustaría que un médico, personal de enfermería u otro miembro del personal rezara con usted?  No/No  Yes/Sí

## Cancer Screening/Pruebas de detección de cáncer

Have you had any of the following tests? If yes, when and where?

¿Se ha realizado alguna de las siguientes pruebas? Si la respuesta es afirmativa, ¿cuándo y dónde?

Mammogram/Mamografía  No/No  Yes/Sí When/Cuándo: \_\_\_\_\_ Where/Dónde: \_\_\_\_\_

Pap Smear/Prueba de Papanicolaou  No/No  Yes/Sí When/Cuándo: \_\_\_\_\_ Where/Dónde: \_\_\_\_\_

Prostate Exam/Examen de próstata  No/No  Yes/Sí When/Cuándo: \_\_\_\_\_ Where/Dónde: \_\_\_\_\_

PSA/Prueba del antígeno prostático específico  No/No  Yes/Sí When/Cuándo: \_\_\_\_\_ Where/Dónde: \_\_\_\_\_

Colon Exam/Examen de colon  No/No  Yes/Sí When/Cuándo: \_\_\_\_\_ Where/Dónde: \_\_\_\_\_

Skin Exam/Examen de piel  No/No  Yes/Sí When/Cuándo: \_\_\_\_\_ Where/Dónde: \_\_\_\_\_

Chest X-Ray/Radiografía de pecho  No/No  Yes/Sí When/Cuándo: \_\_\_\_\_ Where/Dónde: \_\_\_\_\_

Other/Otro examen: \_\_\_\_\_ When/Cuándo: \_\_\_\_\_ Where/Dónde: \_\_\_\_\_

## General Health Family History/*Historial familiar de salud general*

List the members of your immediate family, their ages, current health status and if deceased, their age of death./*Enumere los miembros de su familia inmediata, sus edades, estado de salud actual y, si fallecieron, la edad de su muerte.*

	Age <i>Edad</i>	Health Status <i>Estado de salud</i>			Cause of Death & Age <i>Causa de muerte y edad</i>
		Good <i>Bueno</i>	Fair <i>Favorable</i>	Poor <i>Malo</i>	
Mother <i>Madre</i>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Father <i>Padre</i>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sister(s) <i>Hermana(s)</i>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Brother(s) <i>Hermano(s)</i>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Daughter(s) <i>Hija(s)</i>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Son(s) <i>Hijo(s)</i>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

List others here/*Enumere otras personas aquí* \_\_\_\_\_

---



---



---



---

Are you of Ashkenazi Jewish heritage?/*¿Es de ascendencia judía asquenazi?*

No/*No*  Yes/*Sí*

Has any family member had a blood disease?/*¿Algún miembro de la familia ha tenido una enfermedad de la sangre?*

No/*No*  Yes/*Sí* List relationship and type of blood disease/*Indique la relación y el tipo de enfermedad de la sangre*

---



---



---

Do you have any birth defects in your family history?/*¿Tiene alguna enfermedad congénita en su historial familiar?*

No/*No*  Yes/*Sí* Please explain/*Explique* \_\_\_\_\_

---



---

Are you a twin?/*¿Es gemelo?*  No/*No*  Yes/*Sí*

Were you born with a birth defect?/*¿Nació con una enfermedad congénita?*

No/*No*  Yes/*Sí* Please explain/*Explique* \_\_\_\_\_

---



---



---

## Cancer Family History/*Historial familiar de cáncer*

Write in the **age** of each cancer diagnosis in the box below for yourself and each family member who has been diagnosed with cancer as indicated./*Escriba la edad de cada diagnóstico de cáncer en la casilla a continuación para usted y cada miembro de la familia que haya sido diagnosticado con cáncer como se indica.*

	Breast Cancer <i>Cáncer de mama</i>	Male Breast Cancer <i>Cáncer de mama masculino</i>	Colon Cancer <i>Cáncer de colon</i>	Prostate Cancer <i>Cáncer de próstata</i>	Pancreatic Cancer <i>Cáncer de páncreas</i>	Endometrial Cancer <i>Cáncer de endometrio</i>	Ovarian Cancer <i>Cáncer de ovario</i>	Other: Fill in cancer type & age diagnosed. <i>Otro tipo: Complete el tipo de cáncer y la edad en la que se diagnosticó.</i>
Yourself <i>Usted</i>								
Mother <i>Madre</i>								
Father <i>Padre</i>								
Sister(s) <i>Hermana(s)</i>								
Brother(s) <i>Hermano(s)</i>								
Daughter(s) <i>Hija(s)</i>								
Son(s) <i>Hijo(s)</i>								
<b>MOTHER'S SIDE/POR PARTE DE LA MADRE</b>								
Grandmother <i>Abuela</i>								
Grandfather <i>Abuelo</i>								
Aunt(s) <i>Tía(s)</i>								
Uncle(s) <i>Tío(s)</i>								
Cousin(s) <i>Primo(s)</i>								
<b>POR PARTE DEL PADRE/FATHER'S SIDE</b>								
Grandmother <i>Abuela</i>								
Grandfather <i>Abuelo</i>								
Aunt(s) <i>Tía(s)</i>								
Uncle(s) <i>Tío(s)</i>								
Cousin(s) <i>Primo(s)</i>								

Family history unknown./*Historial familiar desconocido.*

## Review of Systems/*Anamnesis sistémica*

## Physician Comments

*Comentarios del médico*

Do you have, or have you had **in the last 6 months**, any of the following?/*¿Ha tenido en los últimos 6 meses o tiene actualmente alguno de los siguientes signos o síntomas?*

General weakness/ <i>Debilidad generalizada</i>	<input type="checkbox"/> No/ <i>No</i>	<input type="checkbox"/> Yes/ <i>Sí</i>
Skin rashes/ <i>Erupciones cutáneas</i>	<input type="checkbox"/> No/ <i>No</i>	<input type="checkbox"/> Yes/ <i>Sí</i>
Change in taste/ <i>Cambios en el gusto</i>	<input type="checkbox"/> No/ <i>No</i>	<input type="checkbox"/> Yes/ <i>Sí</i>
Sores not healing/ <i>Heridas que no sanan</i>	<input type="checkbox"/> No/ <i>No</i>	<input type="checkbox"/> Yes/ <i>Sí</i>
Fever of unknown cause/ <i>Fiebre idiopática (de causa desconocida)</i>	<input type="checkbox"/> No/ <i>No</i>	<input type="checkbox"/> Yes/ <i>Sí</i>
Weight loss without cause/ <i>Pérdida de peso inexplicable</i>	<input type="checkbox"/> No/ <i>No</i>	<input type="checkbox"/> Yes/ <i>Sí</i>
Enlarging moles/ <i>Lunares que aumentan de tamaño</i>	<input type="checkbox"/> No/ <i>No</i>	<input type="checkbox"/> Yes/ <i>Sí</i>
Night sweats/ <i>Sudoración nocturna</i>	<input type="checkbox"/> No/ <i>No</i>	<input type="checkbox"/> Yes/ <i>Sí</i>
Chills/ <i>Escalofríos</i>	<input type="checkbox"/> No/ <i>No</i>	<input type="checkbox"/> Yes/ <i>Sí</i>
Loss of appetite/ <i>Pérdida de apetito</i>	<input type="checkbox"/> No/ <i>No</i>	<input type="checkbox"/> Yes/ <i>Sí</i>
Do you have frequent/recurrent headaches?/ <i>¿Tiene dolores de cabeza frecuentes/recurrentes?</i>	<input type="checkbox"/> No/ <i>No</i>	<input type="checkbox"/> Yes/ <i>Sí</i>
Do you have frequent dizzy spells?/ <i>¿Tiene mareos frecuentes?</i>	<input type="checkbox"/> No/ <i>No</i>	<input type="checkbox"/> Yes/ <i>Sí</i>
Have you ever fainted?/ <i>¿Alguna vez se ha desmayado?</i>	<input type="checkbox"/> No/ <i>No</i>	<input type="checkbox"/> Yes/ <i>Sí</i>
Have you had a recent change in eyesight?/ <i>¿Ha tenido un cambio reciente en la vista?</i>	<input type="checkbox"/> No/ <i>No</i>	<input type="checkbox"/> Yes/ <i>Sí</i>
Have you had a recent change in hearing?/ <i>¿Ha tenido algún cambio reciente en la audición?</i>	<input type="checkbox"/> No/ <i>No</i>	<input type="checkbox"/> Yes/ <i>Sí</i>
Do you have ringing or roaring in your ears?/ <i>¿Siente zumbidos o ruidos fuertes en los oídos?</i>	<input type="checkbox"/> No/ <i>No</i>	<input type="checkbox"/> Yes/ <i>Sí</i>
Do you wear dentures?/ <i>¿Usa dentaduras postizas?</i>	<input type="checkbox"/> No/ <i>No</i>	<input type="checkbox"/> Yes/ <i>Sí</i>
Do they fit properly?/ <i>¿Se ajustan correctamente a la boca?</i>	<input type="checkbox"/> No/ <i>No</i>	<input type="checkbox"/> Yes/ <i>Sí</i>
Do you have frequent soar throats?/ <i>¿Tiene dolores de garganta frecuentes?</i>	<input type="checkbox"/> No/ <i>No</i>	<input type="checkbox"/> Yes/ <i>Sí</i>
Do you have trouble swallowing?/ <i>¿Tiene problemas para tragar?</i>	<input type="checkbox"/> No/ <i>No</i>	<input type="checkbox"/> Yes/ <i>Sí</i>
Do you have hoarseness without colds?/ <i>¿Tiene ronquera sin tener resfrío?</i>	<input type="checkbox"/> No/ <i>No</i>	<input type="checkbox"/> Yes/ <i>Sí</i>
Have you lumps or swelling in the neck?/ <i>¿Tiene bultos o inflamación en el cuello?</i>	<input type="checkbox"/> No/ <i>No</i>	<input type="checkbox"/> Yes/ <i>Sí</i>
Do you cough up a lot of phlegm?/ <i>Cuando tose, ¿tiene mucha flema?</i>	<input type="checkbox"/> No/ <i>No</i>	<input type="checkbox"/> Yes/ <i>Sí</i>
Have you coughed up blood?/ <i>¿Ha tosido sangre?</i>	<input type="checkbox"/> No/ <i>No</i>	<input type="checkbox"/> Yes/ <i>Sí</i>
Do you have coughing spells?/ <i>¿Tiene ataques de tos?</i>	<input type="checkbox"/> No/ <i>No</i>	<input type="checkbox"/> Yes/ <i>Sí</i>
Do you have shortness of breath without exercise?/ <i>¿Le falta el aire sin hacer ejercicio?</i>	<input type="checkbox"/> No/ <i>No</i>	<input type="checkbox"/> Yes/ <i>Sí</i>
Do you have shortness of breath with exercise?/ <i>¿Le falta el aire cuando hace ejercicio?</i>	<input type="checkbox"/> No/ <i>No</i>	<input type="checkbox"/> Yes/ <i>Sí</i>
Have you had pains in your chest?/ <i>¿Ha sentido dolor en el pecho?</i>	<input type="checkbox"/> No/ <i>No</i>	<input type="checkbox"/> Yes/ <i>Sí</i>
Have you been treated for heart problems?/ <i>¿Ha recibido tratamiento por problemas cardíacos?</i>	<input type="checkbox"/> No/ <i>No</i>	<input type="checkbox"/> Yes/ <i>Sí</i>
Have you had high blood pressure?/ <i>¿Ha tenido presión arterial alta?</i>	<input type="checkbox"/> No/ <i>No</i>	<input type="checkbox"/> Yes/ <i>Sí</i>
Have you had thumping or racing heart?/ <i>¿Ha tenido palpitaciones o taquicardia?</i>	<input type="checkbox"/> No/ <i>No</i>	<input type="checkbox"/> Yes/ <i>Sí</i>
Do your ankles swell?/ <i>¿Se le hinchan los tobillos?</i>	<input type="checkbox"/> No/ <i>No</i>	<input type="checkbox"/> Yes/ <i>Sí</i>
Do you have frequent indigestion?/ <i>¿Tiene indigestión frecuente?</i>	<input type="checkbox"/> No/ <i>No</i>	<input type="checkbox"/> Yes/ <i>Sí</i>
Do you have pain in your stomach?/ <i>¿Tiene dolor de estómago?</i>	<input type="checkbox"/> No/ <i>No</i>	<input type="checkbox"/> Yes/ <i>Sí</i>
Have you had frequent nausea or vomiting?/ <i>¿Ha tenido náuseas o vómitos frecuentes?</i>	<input type="checkbox"/> No/ <i>No</i>	<input type="checkbox"/> Yes/ <i>Sí</i>
Have you ever vomited blood?/ <i>¿Ha defecado heces negras?</i>	<input type="checkbox"/> No/ <i>No</i>	<input type="checkbox"/> Yes/ <i>Sí</i>
Have you had black bowel movements?/ <i>¿Ha defecado heces negras?</i>	<input type="checkbox"/> No/ <i>No</i>	<input type="checkbox"/> Yes/ <i>Sí</i>



## Review of Systems (cont.)/Anamnesis sistémica (cont.)

## Physician Comments

Comentarios del médico

Do you **currently** have any of the following?/¿Tiene actualmente alguno de los siguientes signos o síntomas?

Have you had blood in your bowel movements?/¿Ha defecado heces con sangre?	<input type="checkbox"/> No/No <input type="checkbox"/> Yes/Sí
Do you notice burning on urination?/¿Siente ardor al orinar?	<input type="checkbox"/> No/No <input type="checkbox"/> Yes/Sí
Do you get up every night to urinate?/¿Se levanta todas las noches para orinar?	<input type="checkbox"/> No/No <input type="checkbox"/> Yes/Sí
Have you passed blood in urine?/¿Ha orinado sangre?	<input type="checkbox"/> No/No <input type="checkbox"/> Yes/Sí
Have you passed a kidney stone?/¿Ha eliminado un cálculo con la orina?	<input type="checkbox"/> No/No <input type="checkbox"/> Yes/Sí
Have you had root beer colored urine?/¿Ha tenido orina oscura?	<input type="checkbox"/> No/No <input type="checkbox"/> Yes/Sí
Any change in your desire for sexual activity?/¿Ha notado algún cambio en su deseo de actividad sexual?	<input type="checkbox"/> No/No <input type="checkbox"/> Yes/Sí
Any change in your ability to engage in sexual activity?/¿Ha notado algún cambio en su capacidad para mantener relaciones sexuales?	<input type="checkbox"/> No/No <input type="checkbox"/> Yes/Sí
Do you have joint trouble?/¿Tiene problemas en las articulaciones?	<input type="checkbox"/> No/No <input type="checkbox"/> Yes/Sí
Do you have constant back pain?/¿Tiene dolor constante de espalda?	<input type="checkbox"/> No/No <input type="checkbox"/> Yes/Sí
Do you have constant bone pain?/¿Tiene dolor constante en los huesos?	<input type="checkbox"/> No/No <input type="checkbox"/> Yes/Sí
Do your bruise easily?/¿Le salen hematomas con facilidad?	<input type="checkbox"/> No/No <input type="checkbox"/> Yes/Sí
Do you bleed easily?/¿Sangra con facilidad?	<input type="checkbox"/> No/No <input type="checkbox"/> Yes/Sí
Do your gums bleed frequently?/¿Le sangran las encías con frecuencia?	<input type="checkbox"/> No/No <input type="checkbox"/> Yes/Sí
Do you have prolonged bleeding with cuts?/¿Sangra mucho cuando se corta?	<input type="checkbox"/> No/No <input type="checkbox"/> Yes/Sí
Do you have frequent nosebleeds?/¿Tiene hemorragias nasales frecuentes?	<input type="checkbox"/> No/No <input type="checkbox"/> Yes/Sí
Do you have feelings of sadness, depression or anxiety?/¿Tiene sentimientos de tristeza, depresión o ansiedad?	<input type="checkbox"/> No/No <input type="checkbox"/> Yes/Sí

## MEN ONLY/SOLO PARA HOMBRES

Do you have trouble urinating?/¿Tiene problemas para orinar?	<input type="checkbox"/> No/No <input type="checkbox"/> Yes/Sí
Have you been told you have prostate problems?/¿Le han dicho que tiene problemas de próstata?	<input type="checkbox"/> No/No <input type="checkbox"/> Yes/Sí
Have you been circumcised?/¿Lo han circuncidado?	<input type="checkbox"/> No/No <input type="checkbox"/> Yes/Sí

## WOMEN ONLY Breast Health History/Historial de salud mamaria (Solo para mujeres)

Do you conduct breast self exams? ¿Se realiza autoexámenes mamarios?	<input type="checkbox"/> No/No <input type="checkbox"/> Yes/Sí
Do you feel palpable lumps? ¿Siente bultos palpables?	<input type="checkbox"/> No/No <input type="checkbox"/> Right/Derecha <input type="checkbox"/> Left/Izquierda <input type="checkbox"/> Both/Ambas
Do you have nipple discharge? ¿Tiene secreción de los pezones?	<input type="checkbox"/> No/No <input type="checkbox"/> Right/Derecha <input type="checkbox"/> Left/Izquierda <input type="checkbox"/> Both/Ambas
Do you have nipple inversion? ¿Tiene pezones invertidos?	<input type="checkbox"/> No/No <input type="checkbox"/> Right/Derecha <input type="checkbox"/> Left/Izquierda <input type="checkbox"/> Both/Ambas
Has the size or shape of the nipples changed? ¿Ha cambiado el tamaño o la forma de los pezones?	<input type="checkbox"/> No/No <input type="checkbox"/> Right/Derecha <input type="checkbox"/> Left/Izquierda <input type="checkbox"/> Both/Ambas
Have you had any breast trauma? ¿Ha sufrido algún traumatismo mamario?	<input type="checkbox"/> No/No <input type="checkbox"/> Right/Derecha <input type="checkbox"/> Left/Izquierda <input type="checkbox"/> Both/Ambas
Have you had any breast cyst aspirated? ¿Le han aspirado algún quiste mamario?	<input type="checkbox"/> No/No <input type="checkbox"/> Right/Derecha <input type="checkbox"/> Left/Izquierda <input type="checkbox"/> Both/Ambas
Do you feel breast pain?/¿Tiene dolor en las mamas?	<input type="checkbox"/> No/No <input type="checkbox"/> Right/Derecha <input type="checkbox"/> Left/Izquierda <input type="checkbox"/> Both/Ambas
If yes, is the pain related to periods? Si la respuesta es afirmativa, ¿el dolor está relacionado con la menstruación?	<input type="checkbox"/> No/No <input type="checkbox"/> Yes/Sí



## WOMEN ONLY Breast Health History (cont.) *Historial de salud mamaria (Solo para mujeres)*

Physician Comments  
Comentarios del médico

Have you had any prior breast surgery?  No/No  Yes/Sí  
*¿Ha tenido alguna cirugía mamaria previa?*

Type of surgery/*Tipo de cirugía:*  Biopsy/*Biopsia*  Lumpectomy/*Lumpectomía*  
 Mastectomy/*Mastectomía*

If yes, check which side and list diagnosis year and where the surgery was performed.  
*Si la respuesta es afirmativa, marque de qué lado y anote el año del diagnóstico y dónde se realizó la cirugía:*

- Left Diagnosis, list year/*Diagnóstico del lado izquierdo, indique el año* \_\_\_\_\_  
where/*y dónde* \_\_\_\_\_
- Right Diagnosis, list year/*Diagnóstico del lado derecho, indique el año* \_\_\_\_\_  
where/*y dónde:* \_\_\_\_\_

## WOMEN ONLY Gynecologic History/*Historial ginecológico (Solo para mujeres)*

Have you ever taken hormones?/*¿Alguna vez ha tomado hormonas?*  No/No  Yes/Sí

If yes, give type/*Si la respuesta es afirmativa, indique el tipo* \_\_\_\_\_  
Duration/*Duración* \_\_\_\_\_ Stopped/*Finalización* \_\_\_\_\_

Have you ever taken birth control pills?/*¿Alguna vez ha tomado pastillas anticonceptivas?*  No/No  Yes/Sí

If yes, when were they started?/*Si la respuesta es afirmativa, ¿cuándo comenzó?* \_\_\_\_\_  
When were they stopped?/*¿Cuándo finalizó?* \_\_\_\_\_

How old were you when you began menstruating?/*¿Qué edad tenía cuando comenzó a menstruar?* \_\_\_\_\_

Do you bleed between your periods?/*¿Tiene sangrado entre medio de los períodos?*  No/No  Yes/Sí

Do you still have periods?/*¿Aún menstrúa?*

- Yes, indicate date of first day of last period/*Si, indique la fecha del primer día de la última menstruación:* \_\_\_\_\_
- No, check reason/*No, marque el motivo*  Natural, at what age?/*Natural, ¿a qué edad?*  
 Surgery, at what age?/*Cirugía, ¿a qué edad?* \_\_\_\_\_

Are you currently pregnant?/*¿Está embarazada actualmente?*  No/No  Yes/Sí

Are you interested in having more children?/*¿Le interesa tener más hijos?*  No/No  Yes/Sí

Age when you first became pregnant with your first full-term pregnancy?/*¿A qué edad quedó embarazada por primera vez con su primer embarazo a término?* \_\_\_\_\_

Have you had any complications of pregnancy?/*¿Ha tenido alguna complicación en el embarazo?*

No/No  Yes, describe/*Si, describa* \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Did you breast feed?/*¿Amamantó?*  No/No  Yes, for/*Si, durante* \_\_\_\_\_ months/*meses.*

Please indicate the following/*Indique lo siguiente*

Number of pregnancies/*Cantidad de embarazos* \_\_\_\_\_

Number of cesareans/*Cantidad de cesáreas* \_\_\_\_\_

Number of abortions/*Cantidad de abortos* \_\_\_\_\_

Number of stillborn/*Cantidad de muertes fetales* \_\_\_\_\_

Number of premature births/*Cantidad de partos prematuros* \_\_\_\_\_

Number of children born alive/*Cantidad de niños nacidos vivos* \_\_\_\_\_