



**PATIENT HISTORY FORM  
HISTORIA DEL PACIENTE DE FORMA**

Name/**Nombre:** \_\_\_\_\_ Today's Date/ **Fecha de hoy** \_\_\_\_\_

Age: \_\_\_\_\_ Date of Birth: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Medication Allergies: \_\_\_\_\_

**Edad:** \_\_\_\_ **Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ **Alergias a medicamentos:** \_\_\_\_\_

Main Reason for Today's Visit? \_\_\_\_\_

**¿Razón principal para la visita de hoy?** \_\_\_\_\_

**PAST MEDICAL HISTORY-- HISTORIAL MEDICO PASADO**  
(Please check all that apply)-- (Por favor marque todos los que apliquen)

Alcoholism <b>Alcoholismo</b>	Chemical dependency <b>Dependencia química</b>	Hernia	Pneumonia <b>Neumonía</b>	Typhoid Fever <b>Fiebre tifoidea</b>
Anemia	Chicken Pox <b>Varicela</b>	Herpes	Polio <b>Poliomyelitis</b>	Urinary/Bladder <b>Urinario/ Vejiga</b>
Anorexia	Depression/Anxiety <b>Depresión/Ansiedad</b>	High Blood Pressure <b>Alta Presión Sanguínea</b>	Prostate Problem <b>Problemas de próstata</b>	Ulcers <b>Úlceras</b>
Appendicitis <b>Appendicitis</b>	Diabetes	High Cholesterol <b>Colesterol Alto</b>	Psychiatric Care <b>Atención Psiquiátrica</b>	Vaginal Infections <b>Infecciones Vaginales</b>
Arthritis <b>Artritis</b>	Emphysema/COPD <b>Enfisema/COPD</b>	HIV/AIDS Positive <b>Positivos de HIV/AIDS</b>	Rheumatic Fever <b>Fiebre reumática</b>	STD's <b>Enfermedad de transmisión sexual</b>
Asthma <b>Asma</b>	Epilepsy/Seizures <b>Epilepsia/convulsiones</b>	Kidney Disease <b>Enfermedad del riñón</b>	Scarlet Fever <b>Fiebre de la espantar</b>	Vision/Hearing <b>Visión/Audición</b>
Bleeding Disorder <b>Desorden Sangrante</b>	Glaucoma	Liver Disease <b>Enfermedad del hígado</b>	Significant Weight Loss <b>Pérdida de peso significativa</b>	Other, Please Specify: <b>Otros, Por favor especifique:</b>
Breast Lump <b>Bulto en el Pecho</b>	Goiter <b>Bouta</b>	Measles/Mumps <b>Sarampión/Paperas</b>	Stroke <b>Accidente cerebrovascular</b>	
Bronchitis <b>Bronquitis</b>	Gonorrhea <b>Gonorrea</b>	Migraine Headaches <b>Dolores de cabeza por migraña</b>	Suicide Attempt <b>Intento de suicidio</b>	
Bulimia	Gout <b>Gota</b>	Mononucleosis	Thyroid Problems <b>Problemas de tiroides</b>	
Cancer <b>Cáncer</b>	Heart Disease <b>Enfermedad del Corazón</b>	Multiple Sclerosis <b>Esclerosis múltiple</b>	Tonsillitis <b>Amigdalitis</b>	
Cataracts <b>Cataratas</b>	Hepatitis	Pacemaker <b>Marcapasos</b>	Tuberculosis	

**Health Habits - - Hábitos saludables:**

*How much do you use, how long have you used, did you quit, and if so, when?*

*¿Qué cantidad usas? ¿Cuánto tiempo has usado? ¿Dejastes y si es así, cuando?*

Caffeine/**Cafeína:**  Yes  No \_\_\_\_\_

Tobacco/**Tabaco:**  Yes  No \_\_\_\_\_

Illegal Drugs/**Drogas Ilegales:**  Yes  No \_\_\_\_\_

Alcohol/**Alcohol:**  Yes  No \_\_\_\_\_

**OCCUPATION - - OCUPACIÓN**

What is your occupation? \_\_\_\_\_

¿Cuál es tu ocupación?

Please **check** any of the following you are exposed to:- - **Por favor encierre en un controlador cualquiera de los siguientes a los**

**que está expuesto:**

Smoke      Hazardous Substance/Chemicals      Heavy Lifting      Other (Specify) \_\_\_\_\_  
**Humo      Sustancias Peligrosos/ Productos químicos      Levantamiento Pesado      Otra cosa (especificar) \_\_\_\_\_**

Please list all medications you are currently taking

**Por favor liste todos los medicamentos que está tomando actualmente**

**MEDICATIONS/ MEDICAMENTOS**

Prescribed medications <b>Medicación Prescrita</b>	Dosage <b>Dosis</b>	How often taken <b>Con qué frecuencia la tomas</b>

**NON-PRESCRIPTION** (over-the-counter medications) such as aspirin, ibuprofen, vitamins, laxatives, allergy, etc.)

**SIN RECETA (medicamentos) como aspirina, ibuprofeno, vitaminas, laxantes, para la alergia, etc.)**

Over-the-counter medications <b>Medicamentos de venta libre</b>	Dosage <b>Dosis</b>	How often taken <b>Con qué frecuencia las tomas</b>

**Immunizations:** if YES, give approximate year given

Pneumococcal    No \_\_\_\_ Yes \_\_\_\_      Hepatitis A    No \_\_\_\_ Yes \_\_\_\_  
 Flu Shot        No \_\_\_\_ Yes \_\_\_\_      Hepatitis B    No \_\_\_\_ Yes \_\_\_\_  
 Tetanus         No \_\_\_\_ Yes \_\_\_\_      Coronavirus    No \_\_\_\_ Yes \_\_\_\_

**Vacunas: en caso afirmativo, indique el año aproximado en que lo recibió**

**Neumocócica**    No \_\_\_\_ Sí \_\_\_\_      **Hepatitis A**    No \_\_\_\_ Sí \_\_\_\_  
**Gripe tiro**      No \_\_\_\_ Sí \_\_\_\_      **Hepatitis B**    No \_\_\_\_ Sí \_\_\_\_  
**de tétanos**      No \_\_\_\_ Sí \_\_\_\_      **Coronavirus**    No \_\_\_\_ Sí \_\_\_\_

**PAST MEDICAL HISTORY - - ANTECEDENTES MÉDICOS:**

**SURGERIES/HOSPITALIZATIONS - - CIRUGÍAS/HOSPITALIZACIONES**

Year <b>Año</b>	Type of Surgery or Hospitalization <b>Tipo de Cirugía o Hospitalización</b>	Location <b>Localización</b>

**SERIOUS ILLNESS/INJURIES- - ENFERMEDAD SERIA/ LESIONES**

Year <b>Año</b>	Detail of Illness/Injury <b>Detalles de la Enfermedad/ Lesión</b>	Outcome <b>Resultado</b>

Transfusions: Have you ever received a *blood transfusion*? No \_\_\_ Yes \_\_\_ When? \_\_\_\_\_

Transfusiones: ¿Ha recibido una transfusión de sangre? No \_\_\_ Sí \_\_\_ ¿Cuándo? \_\_\_\_\_

**FAMILY HISTORY:** (Place an "X" in appropriate boxes to identify all illnesses/conditions in your blood relatives)

**Historia de la Familia:** (Coloque una "X" en las casillas correspondientes par identificar todas las enfermedades/ condiciones en sus parientes consanguíneos)

Illness/Condition Enfermedad / Condición	Family Member Miembro de la familia							
	Grandparents Abuelos	Father Padre	Mother Madre	Brother Hermano	Sister Hermana	Son Hijo	Daughter Hija	Other Otros
Colon or rectal cancer Colon o cáncer rectal								
Other cancer Otro tipo de cáncer								
Heart disease Enfermedades del corazón								
Diabetes								
High blood pressure Alta Presión Sanguínea								
Liver disease Enfermedad del hígado								
High cholesterol Colesterol alto								
Alcohol/drug abuse Abuso de alcohol/drogas								
Depression/psychiatric illness Depresión/ Enfermedad psiquiátrica								
Genetic(inherited) disorder Trastorno Genético hereditario								
Other/Ostros								

To the best of my knowledge, the above information is complete and correct. I understand it is my responsibility to inform my doctor if I, or my minor child, ever have a change in health.

**A lo mejor de mi conocimiento, la información anterior es correcta y completa. Entiendo que es mi responsabilidad informar a mi médico si yo o mi hijo menor de edad, siempre hay un cambio en la salud.**

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Patient signature

\_\_\_\_\_  
Date

Add document to Athena under Encounter Document: Health History Questionnaire