

MEDICAL HISTORY

Name/Nombre _____

Date/Fecha _____

Birthdate/Fecha de nacimiento _____

Sex/Sexo _____

Do you have any of the problems below or have you had any in the past?

Ha tenido usted alguno de estos problemas, ahora o en el pasado?

	Yes Si	No No	Never Nuncer
<hr/> Cardiovascular/Cardiovascular <hr/>			
High blood pressure Tension alta	%	%	%
Heart attack Ataque al corazon	%	%	%
Heart murmur Soplo cardiaco	%	%	%
Heart disease Enfermedad del corazon	%	%	%
Rheumatic fever Fiebre do reumatico	%	%	%
Have you ever had heart surgery? Ha tenido usted alguna vez una operacion del corazon?	%	%	%
<hr/> Respiratory/Respiratorio <hr/>			
Asthma Asma	%	%	%
Pneumonia Pulmonia	%	%	%
Emphysema Enfisema	%	%	%
Tuberculosis Tuberculosis	%	%	%

	Yes Si	No No	Never Nuncer
Other lung problems Otros problemas del pulmon	%	%	%

Have you ever had chest surgery or a chest injury? Ha tenido usted alguna vez una operacion o una herida del pecho?	%	%	%
---	---	---	---

Orthopedic/Ortopedico

Problems with your..... Problemas.....	%	%	%
Back De la espalda	%	%	%
Neck Del cuello	%	%	%
Shoulder Del hombro	%	%	%
Arms De los brazos	%	%	%
Hands De las manos	%	%	%
Legs/knees De las piernas/las rodillas	%	%	%
Ankles/feet De los tobillos/pies	%	%	%

Other/Otro

Arthritis Arthritis	%	%	%
Cancer Cancer	%	%	%

	Yes Si	No No	Never Nuncer
Claustrophobia Claustrophobia	%	%	%
Diabetes Diabetes	%	%	%
Gout Gout	%	%	%
Heat stroke Insolacion	%	%	%
Hyperthyroidism Hipertiroidismo	%	%	%
Seizures Convulsiones	%	%	%
Sinusitis Sinusitis	%	%	%
A transplant Un trasplante	%	%	%
Ulcers Ulceras	%	%	%

If you answered “yes” to any of the questions, please explain.

Si usted contesto “si” a cualquiera de las preguntas, explique por favor.

Are you pregnant? Esta embarazada?	Yes Si	No No
--	------------------	-----------------

Please write the date of your last menstrual period.

Escriba por favor la fecha de su ultima regla. _____

Do you take any medications? Toma usted cualquier medicina?	Yes Si	No No
---	------------------	-----------------

Please write the names of your medications.

Escriba por favor los nombres de sus medicinas.

Do you smoke cigarette?
Fuma usted cigarrillos?

Yes Si	No No
------------------	-----------------

How many packs per day?
Cuántas cajetillas fuma por día? _____

Do you drink alcohol?
Bebe usted alcohol?

Yes Si	No No
------------------	-----------------

How many drinks each day/week?
Cuántas bebidas cada día/cada semana? _____

Have you had a tetanus shot in the last five years?
Ha tenido una vacuna del tétano en los últimos diez años?

Yes Si	No No
------------------	-----------------

Cuando? _____

