CARIDAD HEALTH CLINIC - MEDICAL HISTORY FORM

Name/Nombre _____ Date of Birth/Fecha de Nacimiento _____ Sex: M____ F____

Race/Raza: White/Blanco___ Black/Negro___ Asian/Asiático___ Native American/Nativo Americano ___ Mixed Race/Raza Mixta ___

Ethnicity/Etnicidad:: U.S.A./American___ Hispanic/Latino___ African American ___ Haitian___ Other/Otra _____

YOUR IMMEDIATE FAMILY'S MEDICAL HISTORY / LA SALUD DE SU FAMILIA INMEDIATA

Father: Living ____ Deceased ____ Cause of Death _____ Mother: Living _____ Deceased ____ Cause of Death _____
Padre: Vivo Muerto Causa de Muerte Madre: Viva Muerta Causa de Muerte

Please check if an immediate family member has or ever been treated for the following illnesses.
Favor de marcar si un familiar inmediato tiene o alguna vez ha sido tratado para las siguientes enfermedades

	Mother Madre	Father Padre	Brother Hermano	Sister Hermana		Mother Madre	Father Padre	Brother Hermano	Sister Hermana
Alzheimer's					Glaucoma				
Anemia					Heart / Corazón				
Arthritis / Artritis					Hypertension				
Asthma/Asma					Liver/*Higado*				
Atopic Dermatitis *Problemas de la Piel*					Mental or Emotional Dirsorder *Enfermedad Mental o Emocional*				
Cancer					Obesity/.*Obesidad*				
Cholesterol/*Colesterol*					Stroke/*Derrame Cerebral*				
Diabetes/*Diabetis*									

PATIENT MEDICAL HISTORY / *HISTORIA MEDICA **DEL PACIENTE***

Allergies to Medications, Food, Animals, or the Environment): _____
Alergias a Medicamentos, Alimentos, Animales, o Ambientales:
_____

Current Medications (Prescribed, Vitamins, Minerals, Herbs, Contraceptives): _____
Medicamentos Corrientes (Recetados, Vitaminas, Minerales, Hiierbas, Contraceptivos
_____

List Surgeries/Hospitalization/Injuries/Accidents and dates for each. _____
Anote Cirugías, Hospitalizaciones, Heridas, Accidentes y las fechas para cada uno
_____

Women Only: Date of last menstrual period? _____ Frequency _____ Duration_____
Mujeres Solamente: *Fecha de su última menstruación* *Frecuencia* *Duración*

Abnormal PAP? Yes___ No___ Menopause? Yes_____ Age at onset?_____ No_____
Papanicolau anormal? *¿Menopausa?* *Edad al comienzo*

Number of Pregnancies _____ *Number of Live Births* _____ *Number of Abortions* _____
Número de Embarazos *Número de Partos Vivos* *Número de Abortos*

PLEASE COMPLETE OTHER SIDE / *FAVOR DE COMPLETAR EL OTRO LADO*

Please Check if you currently have or have been treated in the past for any of the following:
Favor de Marcar si usted tiene actualmente o alguna vez has sido tratado por cualquiera de los siguientes:

	Yes/ Si	No	When/Fecha		Yes/ Si	No	When/Fecha
Do you drink alcohol? Toma bebidas alcoholicas?				High Cholesterol / Alto Colesterol			
Accident at work? Accidente de Trabajo?				HIV/AIDS / VIH/SIDA			
Motor Vehicle Accident? Accidente de Carro o Vehiculos de Motor?				Hospitalizations? Hospitalizaciones?			
Allergy/Hay Fever Alegias/Alergia al Polen o Heno				Insomnia			
Anemia/Blood Disease Anemia/Enfermedades de la Sangre				Kidney stones Piedras en los Riñones			
Angina/Chest Pain/Dolor del Pecho				Liver Disease/Jaundice Enfermedades del Hígado//Ictericia			
Anxiety/Ansiedad				Malaria			
Arthritis/Joint Pain Artritis/Dolor en las Conjunturas				Mammogram / Mamografia			
Asthma/Asma				Memory problem/ Problema de Memoria			
Back problem/pain/ Dolor de Espalda				Menopause / Menopausa			
Bladder/Kidney/Vejiga/Riñones				Mononucleosis			
Blood in stool/Sangre en la Feces				PAP test / Prueba de Papanicolau			
Breast problems / Problemas del Seno				Pregnancy/Embarazo			
Cancer / Cyst/Tumor / Quiste/Tumores				Prostate/ Próstata			
Clot in veins/Coágulo en las Venas				Psychological problem/ Problemas Psicológicos o Mentales			
Constipation/Estreñimiento				Respiratory problem/ Problemas Respiratorio			
Dental				Rheumatic fever/ Fiebre Reumática			
Depression/Depresión				Sexually Active? / Activo Sexualmente?			
Diabetes (sugar)/Azucar en la Sangre				Sexually Transmitted Disease Enfermedad de Transmisión Sexual			
Do you use Drugs / Usa Drogas?				Skin problems/ Problemas de la Piel			
Diarrhea/Diarrea				Do you smoke? Fuma tabaco?			
Dizziness/Fainting / Marreos/Desmayos				Strep throat/ Inflamación de la Garganta			
Ear/Nose/Throat problem Problemas de Oidos/Nariz/Garganta				Stroke Derrame Cerebral			
Epilepsy/Seizures/ Epilepsia/Ataques Epilépticos				Swollen glands/ Ganglios Inflamados/Glandulas Hinchadas			
Eye problem/Problemas de los Ojos/Vista				Swollen joints / Articulaciones Hinchadas			
Gallbladder/Intestinal Vésicula/Problemas Intestinales				Thyroid problem Problema de la Tiroides			
Gastritis				Tuberculosis			
Head injury / Golpes a la Cabeza				Ulcer/ Ulceras			
Heart problem Problema del Corazón				Urinary Tract Infection Infección del Tracto Urinario			
Hemorrhoids Hemorroides				Vaginal Infection- chronic Infección Vaginal/Crónica			
Hepatitis				Varicose veins/ Venas Varicosas			
High Blood Pressure/Alta Presión				Weight problem/ Problemas con el Peso			
Hypoglycemia (low sugar) /Azucar Baja				Other problem/ ¿Otro problema?			

Patient/Guardian Signature/*Firma del Pacient o Guardián* Date/*Fecha*