

Patient Questionnaire (Cuestionario de Paciente)

General Information (Informacion General)

Name: _____ **Age:** _____ **Date of Birth:** _____
(Nombre) (Edad) (Dia de Nacimiento)

Sex: Female Male **Marital Status:** Single Married Divorced Widowed
(Sexo) (Mujer) (Hombre) (Estado Marital) (Solo) (Casado) (Divorciado) (Viudo)

How many children do you have? _____ **Ages:** _____
(¿Cuantos hijos tienes?) (Edades)

Primary Care Physician: _____ **Office Number for PCP:** _____
(Doctor Primario) (Numero de telephone del Doctor)

Primary Language: _____ **Occupation:** _____
(Language Primero) (Occupacion)

Past Medical History (Historia Clinica)

List all medical illnesses and approximate dates (Ex: High blood pressure, heart disease, stroke, diabetes)
(Lista de todas enfermedades medicas y fecha aproximada - Ex: Presion elevada, enfermedad del corazon, derrame cerebral, diabetes, etc.)

List all previous operations and approximate dates.
(Lista de todas operaciones previas y fecha aproximada.)

List all medications and current dosages (including aspirin, vitamins, herbs, etc.).
(Lista de medicamentos y dosis [incluyendo aspirina, vitaminas, hierbas, etc.])

Allergies (Alergias): _____

Do you have a smoking history? No Yes (from _____ to _____) Packs/day _____
(Tienes historia de fumar?) (Si) (desde) (hasta) Paquetes por dia

Do you or have you used alcohol? No Yes (from _____ to _____) Amount _____
(Usas o has usado bebidas alcoholicas?) (Si) (desde) (hasta) (Cantidad)

Family History (Historia Familiar)

Mother:	Age _____	<input type="checkbox"/> Living	<input type="checkbox"/> Deceased	Cause _____
(Madre)	(Edad)	(Viva)	(Muerta)	(Causa)
Father:	Age _____	<input type="checkbox"/> Living	<input type="checkbox"/> Deceased	Cause _____
(Padre)	(Edad)	(Vivo)	(Muerto)	(Causa)
Brother:	Age _____	<input type="checkbox"/> Living	<input type="checkbox"/> Deceased	Cause _____
(Hermano)	(Edad)	(Vivo)	(Muerto)	(Causa)
Brother:	Age _____	<input type="checkbox"/> Living	<input type="checkbox"/> Deceased	Cause _____
(Hermano)	(Edad)	(Vivo)	(Muerto)	(Causa)
Sister:	Age _____	<input type="checkbox"/> Living	<input type="checkbox"/> Deceased	Cause _____
(Hermana)	(Edad)	(Viva)	(Muerta)	(Causa)
Sister:	Age _____	<input type="checkbox"/> Living	<input type="checkbox"/> Deceased	Cause _____
(Hermana)	(Edad)	(Viva)	(Muerta)	(Causa)

SYSTEM REVIEW

Mark an "X" in the box (boxes) that apply to you. (Marca con "X" lo que te aplica)

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Arthritis (<i>Artritis</i>)
<input type="checkbox"/> Asthma (<i>Asma</i>)
<input type="checkbox"/> Back Problems (<i>Problemas espalda</i>)
<input type="checkbox"/> Blood Clots (<i>Coagulos de sangre</i>)
<input type="checkbox"/> Bone Disease (<i>Enfermedad de Huesos</i>)
<input type="checkbox"/> Cancer (<i>Cáncer</i>)
<input type="checkbox"/> Colitis (<i>Colitis</i>)
<input type="checkbox"/> Diabetes (<i>Diabetes</i>)
<input type="checkbox"/> Ear Problems (<i>Problemas de oídos</i>)
<input type="checkbox"/> Elevated Cholesterol
<i>(Colesterol elevado)</i> | <input type="checkbox"/> Emphysema (<i>Enfisema</i>)
<input type="checkbox"/> Epilepsy (<i>Epilepsia</i>)
<input type="checkbox"/> Eye Problems (<i>Problemas de Ojos</i>)
<input type="checkbox"/> Gallstone (<i>Piedras en vesícula</i>)
<input type="checkbox"/> Gout (<i>Gota</i>)
<input type="checkbox"/> Heart Trouble (<i>Problemas de corazón</i>)
<input type="checkbox"/> Hepatitis (<i>Hepatitis</i>)
<input type="checkbox"/> High Blood Pressure
<i>(Alta presión de Sangre)</i>
<input type="checkbox"/> Kidney Disease (<i>Enfermedad de Riñón</i>)
<input type="checkbox"/> Kidney Stones (<i>Piedras de Riñón</i>) | <input type="checkbox"/> Liver Disease (<i>Enfermedad de Hígado</i>)
<input type="checkbox"/> Meningitis (<i>Meningitis</i>)
<input type="checkbox"/> Mental Illness (<i>Enfermedad mental</i>)
<input type="checkbox"/> Migraine (<i>Migraña</i>)
<input type="checkbox"/> Paralysis (<i>Parálisis</i>)
<input type="checkbox"/> Pleurisy (<i>Pleuresía</i>)
<input type="checkbox"/> Pneumonia (<i>Neumonía</i>)
<input type="checkbox"/> Stroke (<i>Embolia</i>)
<input type="checkbox"/> TB (<i>Tuberculosis</i>)
<input type="checkbox"/> Thyroid Disease
<i>(Enfermedad de Tiroideo)</i>
<input type="checkbox"/> Ulcer (<i>Úlcera</i>) |
|---|--|--|

General (General)

-
- Fatigue (
- Fatiga*
-)
-
-
- Fever (
- Fiebre*
-)
-
-
- Recent wt. gain /amount _____
-
- (Reciente aumento de peso y cantidad)*
-
-
- Recent wt. loss /amount _____
-
- (Reciente perdida de peso y cantidad)*
-
-
- Weakness (
- Debilidad*
-)

Nose (Nariz)

-
- Dryness (
- Resequedad*
-)
-
-
- Loss of Smell (
- Perdida de olor*
-)
-
-
- Nosebleeds (
- Sangrado por la nariz*
-)

Ears (Oídos)

-
- Loss of Hearing (
- Perdida de audición*
-)
-
-
- Ringing in ears (
- Zumbido en oído*
-)

Stomach & Intestines

(Estómago e Intestinos)

-
- Black stools (
- Excremento negro*
-)
-
-
- Blood in stools (
- Sangre en excremento*
-)
-
-
- Constipation (
- Estreñimiento*
-)
-
-
- Diarrhea (
- Diarrea*
-)
-
-
- Heartburn (
- Agruras*
-)
-
-
- Jaundice (
- Piel amarilla*
-)
-
-
- Nausea (
- Náusea*
-)
-
-
- Stomach pain (
- Dolor de estómago*
-)
-
-
- Vomiting blood (
- Vomitir sangre*
-)

Muscle / Bones (Músculos y Huesos)

-
- Joint pain (
- Dolor de conjuntura*
-)
-
-
- Joint swelling (
- Hinchazón de conjuntura*
-)
-
-
- Morning stiffness (
- Rigidez de mañana*
-)
-
-
- Muscle tenderness (
- Dolor de músculos*
-)
-
-
- Muscle weakness
-
- (Debilidad de músculos)*

Nervous System (Sistema Nervioso)

-
- Dizziness (
- Mareos*
-)
-
-
- Fainting (
- Desmayos*
-)
-
-
- Headaches (
- Dolor de Cabeza*
-)
-
-
- Loss of Consciousness
-
- (Perdida de conocimiento)*
-
-
- Memory Loss (
- Perdida de memoria*
-)
-
-
- Paralysis (
- Parálisis*
-)

Mouth (Boca)

-
- Bleeding gums (
- Sangrar de encía*
-)
-
-
- Dryness (
- Sequedad*
-)
-
-
- Loss of taste (
- Perdida de sabor*
-)
-
-
- Sore tongue (
- Dolorido de lengua*
-)
-
-
- Sores in mouth (
- Dolorido de boca*
-)

Neck (Cuello)

-
- Swollen glands (
- Glándulas hinchadas*
-)
-
-
- Tender glands (
- Glándulas adoloridas*
-)

Heart & Lungs (Corazón y Pulmones)

-
- Cough (
- Tos*
-)
-
-
- Coughing of blood (
- Tos con sangre*
-)
-
-
- Difficulty breathing at night
-
- (Dificultad de respirar en noche)*
-
-
- Heart murmur (
- Soplo del corazón*
-)
-
-
- Irregular heartbeat
-
- (Latido Irregular del corazón)*
-
-
- Night sweats (
- Sudor en la noche*
-)
-
-
- Pain in chest (
- Dolor en el pecho*
-)
-
-
- Shortness of breath
-
- (Sensación de ahogo)*
-
-
- Swollen legs or feet
-
- (Piernas o pies hinchados)*
-
-
- Wheezing (
- Silbidos*
-)

Blood (Sangre)

-
- Bleeding tendency
-
- (Tendencia de sangrar)*
-
-
- Anemia (
- Anemia*
-)

Eyes (Ojos)

-
- Pain (
- Dolor*
-)
-
-
- Redness (
- Enrojecimiento*
-)
-
-
- Loss of vision (
- Perdida de visión*
-)
-
-
- Doubled or blurred vision
-
- (Visión doble o empañada)*
-
-
- Dryness (
- Resequedad*
-)

Throat (Garganta)

-
- Difficulty swallowing (
- Dificultad tragando*
-)
-
-
- Frequent sore throats
-
- (Frecuente dolor de garganta)*
-
-
- Hoarseness (
- Ronquera*
-)

Kidney / Bladder (Riñón/Vejiqa)

-
- Bloody urine (
- Orina con sangre*
-)
-
-
- Difficulty urinating (
- Dificultad orinando*
-)
-
-
- Discharge from penis/vagina
-
- (Secreción de pene/vagina)*
-
-
- Frequent urination (
- Orinación frecuente*
-)
-
-
- Nighttime urination (
- Orinación de noche*
-)
-
-
- Pain/burning with urination
-
- (Orinación dolorosa/ardiente)*
-
-
- Prostate problems
-
- (Problemas de Próstata)*
-
-
- Rash / Ulcer (
- Sarpullido/llaga*
-)
-
-
- Sexual difficulty (
- Dificultad sexual*
-)
-
-
- Vaginal dryness (
- Resequedad vaginal*
-)

Skin (Piel)

-
- Color changes in hands/feet
-
- (Cambios de color en manos/pies)*
-
-
- Easy bruising
-
- (Moretea fácilmente)*
-
-
- Hair loss (
- Perdida de pelo*
-)
-
-
- Hives (
- Ronchas*
-)
-
-
- Nodules (
- Nódulos*
-)
-
-
- Rash (
- Sarpullido*
-)
-
-
- Redness (
- Enrojecimiento*
-)
-
-
- Sun Sensitivity (
- Sensibilidad al sol*
-)

The foregoing review of systems information has been reviewed with the patient at the time of today's office visit.

Physician Signature : _____

Date: _____