

CAROLINA FAMILY HEALTH CENTERS, INC.



Adult Health History / Historial Medico de Adulto

Date / Día: _____

Birthday / Fecha de Nacimiento: _____

Name / Nombre: _____

Sex / Sexo M/H F/M

Past Medical History / Su Historia De Salud (Check any medical conditions you have had in the past)

(Marque cualquier enfermedad o condición que tenga / ha tenido)

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Abnormal Pap/Papanicolaou Anormal | <input type="checkbox"/> Diabetes Type II/Diabètes II | <input type="checkbox"/> Depression/Depresión |
| <input type="checkbox"/> Allergies; due to pollen/Alergias; debido al polen | <input type="checkbox"/> Eczema/Eccema | <input type="checkbox"/> Heart Attack/Ataque al Corazón |
| <input type="checkbox"/> Anemia/Anemia | <input type="checkbox"/> Hypertension/Hipertensión | <input type="checkbox"/> Obesity/Obesidad |
| <input type="checkbox"/> Asthma/Asma | <input type="checkbox"/> Ulcers/Ulcéras | <input type="checkbox"/> Sleep Apnea/Apnea de sueño |
| <input type="checkbox"/> Atrial Fibrillation/Fibrilación Auricular | <input type="checkbox"/> Genital Herpes/Herpes Génital | <input type="checkbox"/> Osteoporosis |
| <input type="checkbox"/> Back Pain/Dolor de espalda | <input type="checkbox"/> Headaches/Dolor de Cabeza | <input type="checkbox"/> Pancreatitis/ Pancreatitis |
| <input type="checkbox"/> Cancer: _____ | <input type="checkbox"/> Hepatitis/Hepatitis | <input type="checkbox"/> Sickle Cell Trait |
| <input type="checkbox"/> Chronic Kidney Disease/Enfermedad Renal | <input type="checkbox"/> Herpes Simplex/Herpes Simple | <input type="checkbox"/> Sickle Cell Anemia |
| <input type="checkbox"/> COPD/Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica | <input type="checkbox"/> HIV/VIH | <input type="checkbox"/> Stroke/Ataque Cerebral |
| <input type="checkbox"/> Congestive Heart Failure/Insuficiencia cardiaca congestiva | <input type="checkbox"/> Hypothyroidism/Hypothyroidism | <input type="checkbox"/> Syphilis/Sífilis |
| <input type="checkbox"/> Convulsions/Convulsiones | <input type="checkbox"/> Hyperthyroidism/Hyperthyroidism | <input type="checkbox"/> GERD/reflujo |
| <input type="checkbox"/> Diabetes, Type 1 /Diabetes Mellitus I | <input type="checkbox"/> Other/Otro: _____ | |
| <input type="checkbox"/> High Cholesterol/Colesterol Alto | | |

Date of your last pap smear / Fecha de ultima papanicolau _____

Date of your last mammogram / Fecha de ultimo mammograma _____

Date of your last colonoscopy/ Fecha de ultimo colonoscopy _____

Date of your last bone density test/ Fecha de ultimo densidad ósea _____

Have you ever had surgery? Yes No
(Please Explain) _____

Ha Tenido Alguna Cirugía? Si No
(Por Favor Explique) _____

Medicines / Medicinas

Do you take any medicines, vitamins, herbal supplements/ Toma medicinas, vitaminas, o algún suplemento herbal?

No Yes/Si If yes, please list/ Si es así, por favor anótelo aquí: _____

Allergies / Alergias

Do you have any allergies to insects, foods or medications? No, I do not have any allergies/No tengo ninguna alergias

Tiene alguna alergia a insectos, alimentos o medicamentos? Yes If yes, please write them below/Si es así, por favor anótelo aquí _____

Family Medical History / Historial Medico De Familia Please check any that apply to medical conditions in your family history./Por favor marque las enfermedades que se han encontrado en la historia de su familia.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Allergies / Allérgiras | <input type="checkbox"/> Leukemia / Leucemia |
| <input type="checkbox"/> Anemia /Anémia | <input type="checkbox"/> Mental Retardation / Retraso Mental |
| <input type="checkbox"/> Arthritis / Artritis | <input type="checkbox"/> Ovarian Cancer / Cancer de Ovación |
| <input type="checkbox"/> Asthma /Asma | <input type="checkbox"/> Prostate Cancer /Cáncer de Próstata |
| <input type="checkbox"/> Breast Cancer/Cancer de Mama | <input type="checkbox"/> Stroke / Ataque Cerebral |
| <input type="checkbox"/> Cancer: _____ | <input type="checkbox"/> Colon Cancer / Cancer de Colon |
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus / Diabetes Mellitas | <input type="checkbox"/> Hearing Loss / Perdida de la audición |
| <input type="checkbox"/> Congenital anomalies / Anomalías Congénita | <input type="checkbox"/> Kidney Disease / Enfermedad Renal |
| <input type="checkbox"/> Heart Disease /Enfermedad de Corazón | <input type="checkbox"/> Unknown due to adoption /Desconocido debido a la adopción |
| <input type="checkbox"/> No history of chronic disease in family/Ninguna historia de enfermedades crónicas en familia | |

CAROLINA FAMILY HEALTH CENTERS, INC.



Adult Health History / Historial Medico de Adulto

Reproductive History (Females only) / Historia Reproductiva (Mujeres Solamente)

Age of first menstrual period / Edad de su primer menstruación _____

Menses duration / Duración de la menstruación _____

Date of last menstrual period / Fecha de ultima menstruación _____

Current form of birth control / Control de embarazo _____

Number of pregnancies / Número de embarazos _____

Number of live births / Número de hijos que han nacido _____

Number of miscarriages-abortions / Numero de perdidas-abortos _____

Number of living children / Número de hijos que viven _____

Social History / Historia Social

Marital Status / Estados De Matrimonio:

Common Law / Partner / Casados Por Ley Común

Divorced / Divorciado

Married / Casado

Separated / Separado

Single / Soltero

Widowed / Viudo

Occupation / Ocupación:

Disabled / Discapacitado

Employed / Empleado – Occupation/Ocupación: _____

Migrant Farmworker / Trabajador Agrícola

Retired / Jubilado

Student / Estudiante

Unemployed / Sin Empleo

Housing History / Historia de la Vivienda:

I am homeless / Estoy sin hogar

I live in a jail or prison / Vivo en una cárcel o prisión

I live in a migrant camp / Vivo en campo migratorio

I live in nursing home or rest home / Vivo en hogar de ancianos or casa de reposo

I live in my own house or apartment / Vivo en apartamento o casa

I live in shelter / Vivo en refugio

I live with my family or friend in their home / Vivo con familia o en casa de amigo

Substance Use / Uso De La Sustancia:

Do you smoke tobacco? Usa tabaco?

No

In the past, quit date: _____ En el pasado, ____ Fecha que paro

Yes/Si If yes, how many cigarettes per day _____

Si es así, cuantos cigarrillos por día _____

Do you use drugs / Usa drogas (cocaine, marijuana, crystal meth, heroine, etc.)?

No

In the past, quit date: _____ / En el pasado, fecha que paro _____

Yes/Si If yes, how often: Daily/Dario Weekly/Semanal Occasionally/Ocasionalmente

Do you drink alcohol / Toma Alcohol?

No

In the past, quit date: _____ / En el pasado, Fecha que Paro _____

Yes/Si If yes, how often: Daily/Dario Weekly/Semanal Occasionally/Ocasionalmente

Please list the names and addresses of any doctors that are currently treating you:

Por favor anote los nombres y direcciones de otros doctores que lo estan tratando ahora:

I certify that the above information is correct:

Yo certifico que la información anterior es correcta:

Patient Signature / Firma De Paciente

Date / Fecha