

Patient Health & Medical History Questionnaire

Cuestionario sobre el historial médico y la salud del paciente

Date/Fecha _____

First Name/Nombre _____ Age/Edad _____

Middle Name/Segundo nombre _____ Ethnicity/Race/Etnia/raza _____

Last Name/APELLIDO _____ Marital Status/Estado civil _____

Sex/Sexo Male/Masculino Female/Femenino

Please answer carefully the enclosed questionnaire about your present and past medical problems and the history of your current illness. It is important that you complete each of the questions as accurately as possible so the doctor can best understand the nature of your present medical problems. This information will become part of your permanent record and will remain confidential. The contents of this questionnaire will only be released with your written authorization.

Esta información formará parte de su registro permanente y se mantendrá confidencial. El contenido de este cuestionario solo se publicará con su autorización por escrito. Responda cuidadosamente el cuestionario adjunto sobre sus problemas médicos actuales y pasados y el historial de su enfermedad actual. Es importante que complete cada una de las preguntas con la mayor precisión posible para que el médico pueda comprender mejor la naturaleza de sus problemas médicos actuales.

List Your Physician(s)/Lista de sus médicos

Use additional pages if needed. Check box if provider is to receive a copy of today's consultation.
Utilice páginas adicionales si es necesario. Marque la casilla si el proveedor debe recibir una copia de la consulta de hoy.

Personal Physician/Médico personal _____ Phone/Teléfono _____

Surgeon/Cirujano _____ Phone/Teléfono _____

Cardiologist/Cardiólogo _____ Phone/Teléfono _____

Pulmonologist/Neumólogo _____ Phone/Teléfono _____

Urologist/Urólogo _____ Phone/Teléfono _____

Gastroenterologist/Gastroenterólogo _____ Phone/Teléfono _____

Other/Otro _____ Phone/Teléfono _____

Your Pharmacy/Su farmacia

Name/Nombre _____ Phone/Teléfono _____

CBCC COMPREHENSIVE
BLOOD & CANCER CENTER
Outsmarting Cancer™

History of Present Illness/*Historial de la enfermedad actual*

What is the reason for your visit?/*¿Cuál es el motivo de su consulta?* _____

What are your current symptoms and how long have you had them?/*¿Cuáles son sus síntomas actuales y por cuánto tiempo los ha tenido?* _____

Have you received treatment for this diagnosis?/*¿Ha recibido tratamiento para este diagnóstico?*

No/*No* Yes/*Sí* Please give date and location of the treatment/surgery.

Indique la fecha y el lugar del tratamiento/la cirugía.

Surgery/*Cirugía* _____

Radiation/*Radiación* _____

Drug or other therapy (chemotherapy)/*Medicamento u otra terapia (quimioterapia)*

Do you have other medical problems that are now being treated?/
¿Tiene otros problemas médicos que estén tratados actualmente?

No/*No* Yes/*Sí* Please list them here./*Si. Enumérelos aquí.*

Past Medical History/*Historial médico*

Check the illnesses that you have had or currently have. Provide the year for those that required hospitalization./
Marque las enfermedades que ha tenido o tiene actualmente. Proporcione el año para aquellas que requirieron hospitalización.

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Heart Disease _____
<i>Enfermedad cardíaca</i> | <input type="checkbox"/> Scarlet Fever _____
<i>Escarlatina</i> | <input type="checkbox"/> Kidney Disease _____
<i>Enfermedad renal</i> |
| <input type="checkbox"/> Cancer _____
<i>Cáncer</i> | <input type="checkbox"/> Hepatitis _____
<i>Hepatitis</i> | <input type="checkbox"/> Bronchitis (Recurring) _____
<i>Bronquitis (recurrente)</i> |
| <input type="checkbox"/> Diabetes _____
<i>Diabetes</i> | <input type="checkbox"/> Stomach Ulcer _____
<i>Úlceras estomacales</i> | <input type="checkbox"/> Venereal Disease _____
<i>Enfermedad venérea</i> |
| <input type="checkbox"/> Emphysema _____
<i>Enfisema</i> | <input type="checkbox"/> Liver Disease _____
<i>Enfermedad hepática</i> | <input type="checkbox"/> Nervous Breakdown _____
<i>Crisis nerviosa</i> |
| <input type="checkbox"/> Hives _____
<i>Urticaria</i> | <input type="checkbox"/> Jaundice _____
<i>Ictericia</i> | <input type="checkbox"/> Bleeding Disorder _____
<i>Trastorno de sangrado</i> |
| <input type="checkbox"/> Asthma _____
<i>Asma</i> | <input type="checkbox"/> Measles _____
<i>Sarampión</i> | <input type="checkbox"/> Rheumatic Fever _____
<i>Fiebre reumática</i> |
| <input type="checkbox"/> Tuberculosis _____
<i>Tuberculosis</i> | <input type="checkbox"/> Mumps _____
<i>Parotiditis</i> | <input type="checkbox"/> High Blood Pressure _____
<i>Presión arterial alta</i> |
| <input type="checkbox"/> Valley Fever _____
<i>Fiebre del Valle</i> | <input type="checkbox"/> Chicken Pox _____
<i>Varicela</i> | <input type="checkbox"/> Shingles _____
<i>Culebrilla</i> |
| <input type="checkbox"/> Blood Clots _____
<i>Coágulos de sangre</i> | <input type="checkbox"/> Anemia _____
<i>Anemia</i> | <input type="checkbox"/> Herpes Zoster _____
<i>Herpes zóster</i> |
| <input type="checkbox"/> Seizures _____
<i>Convulsiones</i> | <input type="checkbox"/> Pneumonia (Recurring) _____
<i>Neumonía (recurrente)</i> | <input type="checkbox"/> Thyroid Disease _____
<i>Enfermedad de la tiroides</i> |

Other serious illness/*Otra enfermedad grave* _____

Have you had any of the surgeries listed below? Check and give the year./*¿Ha tenido alguna de las cirugías que se enumeran a continuación? Marque e indique el año.*

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Appendix _____
<i>Del apéndice</i> | <input type="checkbox"/> Stomach _____
<i>De estómago</i> | <input type="checkbox"/> Bladder _____
<i>De la vejiga</i> |
| <input type="checkbox"/> Breast _____
<i>De pecho</i> | <input type="checkbox"/> Artery _____
<i>De arterias</i> | <input type="checkbox"/> Heart Problems _____
<i>Por problemas cardíacos</i> |
| <input type="checkbox"/> Eyes _____
<i>De los ojos</i> | <input type="checkbox"/> Colon _____
<i>De colon</i> | <input type="checkbox"/> Heart Surgery _____
<i>Cirugía cardíaca</i> |

Past Medical History (cont.)/Historial médico (cont.)

Have you had any of the surgeries listed below? Check and give the year:
¿Ha tenido alguna de las cirugías que se enumeran a continuación? Marque e indique el año:

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Hip _____
<i>De cadera</i> | <input type="checkbox"/> Gallbladder _____
<i>De vesícula</i> | <input type="checkbox"/> Hernia Repair _____
<i>Reparación de hernia</i> |
| <input type="checkbox"/> Lung _____
<i>De pulmón</i> | <input type="checkbox"/> Knee _____
<i>De rodilla</i> | <input type="checkbox"/> Prostate Gland _____
<i>De la glándula prostática</i> |
| <input type="checkbox"/> Ovary _____
<i>De ovarios</i> | <input type="checkbox"/> Mastoids _____
<i>De mastoides</i> | <input type="checkbox"/> Thyroid Gland _____
<i>De tiroides</i> |
| <input type="checkbox"/> Kidney _____
<i>De riñón</i> | <input type="checkbox"/> Nose _____
<i>De nariz</i> | <input type="checkbox"/> Hemorrhoids _____
<i>De hemorroides</i> |
| <input type="checkbox"/> Veins _____
<i>Vascular</i> | <input type="checkbox"/> Tubes Tied _____
<i>Ligadura de trompas</i> | <input type="checkbox"/> Tonsil & Adenoids _____
<i>De amígdalas y adenoides</i> |
| <input type="checkbox"/> Bone Marrow _____
<i>De médula ósea</i> | <input type="checkbox"/> Uterus _____
<i>De útero</i> | <input type="checkbox"/> Dilatation & Curettage _____
<i>De dilatación y curetaje</i> |

Other surgeries/Otras cirugías: _____

Have you ever had problems with anesthesia?/¿Alguna vez ha tenido problemas con la anestesia?

- No/No Yes/Sí Please state the problem/Indique el problema _____

Have you ever had radiation treatment?/¿Alguna vez ha recibido radioterapia?

- No/No Yes/Sí What part(s) of the body/¿En qué partes del cuerpo? _____

Have you ever had serious accidents or injuries?/¿Alguna vez ha sufrido accidentes o lesiones graves?

- No/No Yes/Sí Please describe/Sí: describa _____

Have you ever had blood transfusions?/¿Alguna vez ha recibido transfusiones de sangre?

- No/No Yes/Sí List how many/Enumere cuántas veces _____

Medications/Medicamentos

List the names of any medications that you take regularly/Enumere los nombres de los medicamentos que toma con regularidad

Name/Nombre	Dose/Dosis	Frequency/Frecuencia	Date Started/Fecha de inicio
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Would you like to have some of your prescriptions filled at our office?

¿Le gustaría que le surtieran algunos de sus medicamentos con receta en nuestro consultorio?

- No/No Yes/Sí

Vaccination Information/Información de vacunación

Flu Shot/Vacuna contra la gripe

Date Taken/Fecha de vacunación _____ Location/Sitio Left Arm Right Arm
Brazo izquierdo *Brazo izquierdo*

Covid-19/Vacuna contra la COVID-19

1st Dose/1.ª dosis _____ Location/Sitio Left Arm Right Arm
Brazo izquierdo *Brazo izquierdo*

2nd Dose/2.ª dosis _____ Location/Sitio Left Arm Right Arm
Brazo izquierdo *Brazo izquierdo*

Booster/Dosis de refuerzo _____ Location/Sitio Left Arm Right Arm
Brazo izquierdo *Brazo izquierdo*

Manufacturer/Fabricante Moderna Pfizer Johnson & Johnson

Allergies/Alergias

Physician Comments

Comentarios del médico

Medication/Food
Medicamentos/alimentos

Reaction
Reacción

Date First Occurred
Fecha en la que ocurrió por primera vez

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Personal Habits/Hábitos personales

List the jobs you have held/Enumere los trabajos que ha tenido: _____

Have you ever been exposed to any of the following?/¿Alguna vez ha estado expuesto a alguno de los siguientes?

- | | | |
|---|--------------------------------|---------------------------------|
| Radiation/Radiación | <input type="checkbox"/> No/No | <input type="checkbox"/> Yes/Sí |
| Petroleum Products/Productos derivados del petróleo | <input type="checkbox"/> No/No | <input type="checkbox"/> Yes/Sí |
| Industrial Toxins/Toxinas industriales | <input type="checkbox"/> No/No | <input type="checkbox"/> Yes/Sí |
| Insecticides/Insecticidas | <input type="checkbox"/> No/No | <input type="checkbox"/> Yes/Sí |
| Benzene/Benceno | <input type="checkbox"/> No/No | <input type="checkbox"/> Yes/Sí |

Smoking/Tabaquismo

- Yes, current every day smoker./Sí, actual fumador todos los días.
Number of years/Cantidad de años _____ Packs per day/Paquetes por día _____
- Yes, occasional smoker./Sí, fumador ocasional.
Number of years/Cantidad de años _____ Packs per week/Paquetes por semana _____
- Previously smoked, but quit./Exfumador. Years quit/Hace cuántos años que dejó de fumar _____
- Never smoked/Nunca fumó

Do you drink alcohol?/¿Bebe alcohol? No/No Yes/Sí Explain/Indique la cantidad y el tipo _____

Have you been on a diet in the past?/¿Ha hecho dieta en el pasado?

No/No Yes/Sí List type and reason/Indique el tipo y el motivo _____

Have you ever used "street drugs" (cocaine, marijuana, LSD, etc.)?/¿Alguna vez ha consumido "drogas ilegales" (cocaína, marihuana, LSD, etc.)? No/No Yes/Sí

Religious Beliefs (optional)/Creencias religiosas (opcional)

Do you have a religious background?/¿Tiene antecedentes religiosos?

No/No Yes/Sí Explain/Explique _____

Will your religious beliefs have an important role in your treatment?/¿Sus creencias religiosas tendrán un papel importante en su tratamiento? No/No Yes/Sí

Would you like a doctor, nurse or other staff member to pray with you?/¿Le gustaría que un médico, personal de enfermería u otro miembro del personal rezara con usted? No/No Yes/Sí

Cancer Screening/Pruebas de detección de cáncer

Have you had any of the following tests? If yes, when and where?

¿Se ha realizado alguna de las siguientes pruebas? Si la respuesta es afirmativa, ¿cuándo y dónde?

- | | | | | |
|---|--------------------------------|---------------------------------|--------------------|--------------------|
| Mammogram/Mamografía | <input type="checkbox"/> No/No | <input type="checkbox"/> Yes/Sí | When/Cuándo: _____ | Where/Dónde: _____ |
| Pap Smear/Prueba de Papanicolaou | <input type="checkbox"/> No/No | <input type="checkbox"/> Yes/Sí | When/Cuándo: _____ | Where/Dónde: _____ |
| Prostate Exam/Examen de próstata | <input type="checkbox"/> No/No | <input type="checkbox"/> Yes/Sí | When/Cuándo: _____ | Where/Dónde: _____ |
| PSA/Prueba del antígeno prostático específico | <input type="checkbox"/> No/No | <input type="checkbox"/> Yes/Sí | When/Cuándo: _____ | Where/Dónde: _____ |
| Colon Exam/Examen de colon | <input type="checkbox"/> No/No | <input type="checkbox"/> Yes/Sí | When/Cuándo: _____ | Where/Dónde: _____ |
| Skin Exam/Examen de piel | <input type="checkbox"/> No/No | <input type="checkbox"/> Yes/Sí | When/Cuándo: _____ | Where/Dónde: _____ |
| Chest X-Ray/Radiografía de pecho | <input type="checkbox"/> No/No | <input type="checkbox"/> Yes/Sí | When/Cuándo: _____ | Where/Dónde: _____ |
| Other/Otro examen: _____ | | | When/Cuándo: _____ | Where/Dónde: _____ |

General Health Family History/*Historial familiar de salud general*

List the members of your immediate family, their ages, current health status and if deceased, their age of death./*Enumere los miembros de su familia inmediata, sus edades, estado de salud actual y, si fallecieron, la edad de su muerte.*

	Age <i>Edad</i>	Health Status <i>Estado de salud</i>			Cause of Death & Age <i>Causa de muerte y edad</i>
		Good <i>Bueno</i>	Fair <i>Favorable</i>	Poor <i>Malo</i>	
Mother <i>Madre</i>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Father <i>Padre</i>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sister(s) <i>Hermana(s)</i>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Brother(s) <i>Hermano(s)</i>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Daughter(s) <i>Hija(s)</i>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Son(s) <i>Hijo(s)</i>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

List others here/*Enumere otras personas aquí* _____

Are you of Ashkenazi Jewish heritage?/*¿Es de ascendencia judía asquenazi?*

No/*No* Yes/*Sí*

Has any family member had a blood disease?/*¿Algún miembro de la familia ha tenido una enfermedad de la sangre?*

No/*No* Yes/*Sí* List relationship and type of blood disease/*Indique la relación y el tipo de enfermedad de la sangre*

Do you have any birth defects in your family history?/*¿Tiene alguna enfermedad congénita en su historial familiar?*

No/*No* Yes/*Sí* Please explain/*Explique* _____

Are you a twin?/*¿Es gemelo?* No/*No* Yes/*Sí*

Were you born with a birth defect?/*¿Nació con una enfermedad congénita?*

No/*No* Yes/*Sí* Please explain/*Explique* _____

Cancer Family History/*Historial familiar de cáncer*

Write in the **age** of each cancer diagnosis in the box below for yourself and each family member who has been diagnosed with cancer as indicated./*Escriba la edad de cada diagnóstico de cáncer en la casilla a continuación para usted y cada miembro de la familia que haya sido diagnosticado con cáncer como se indica.*

	Breast Cancer <i>Cáncer de mama</i>	Male Breast Cancer <i>Cáncer de mama masculino</i>	Colon Cancer <i>Cáncer de colon</i>	Prostate Cancer <i>Cáncer de próstata</i>	Pancreatic Cancer <i>Cáncer de páncreas</i>	Endometrial Cancer <i>Cáncer de endometrio</i>	Ovarian Cancer <i>Cáncer de ovario</i>	Other: Fill in cancer type & age diagnosed. <i>Otro tipo: Complete el tipo de cáncer y la edad en la que se diagnosticó.</i>
Yourself <i>Usted</i>								
Mother <i>Madre</i>								
Father <i>Padre</i>								
Sister(s) <i>Hermana(s)</i>								
Brother(s) <i>Hermano(s)</i>								
Daughter(s) <i>Hija(s)</i>								
Son(s) <i>Hijo(s)</i>								
MOTHER'S SIDE/POR PARTE DE LA MADRE								
Grandmother <i>Abuela</i>								
Grandfather <i>Abuelo</i>								
Aunt(s) <i>Tía(s)</i>								
Uncle(s) <i>Tío(s)</i>								
Cousin(s) <i>Primo(s)</i>								
FATHER'S SIDE/POR PARTE DEL PADRE								
Grandmother <i>Abuela</i>								
Grandfather <i>Abuelo</i>								
Aunt(s) <i>Tía(s)</i>								
Uncle(s) <i>Tío(s)</i>								
Cousin(s) <i>Primo(s)</i>								

Family history unknown./*Historial familiar desconocido.*

Review of Systems/*Anamnesis sistémica*

Physician Comments

Comentarios del médico

Do you have, or have you had **in the last 6 months**, any of the following? / *¿Ha tenido en los últimos 6 meses o tiene actualmente alguno de los siguientes signos o síntomas?*

General weakness/ <i>Debilidad generalizada</i>	<input type="checkbox"/> No/ <i>No</i>	<input type="checkbox"/> Yes/ <i>Sí</i>
Skin rashes/ <i>Erupciones cutáneas</i>	<input type="checkbox"/> No/ <i>No</i>	<input type="checkbox"/> Yes/ <i>Sí</i>
Change in taste/ <i>Cambios en el gusto</i>	<input type="checkbox"/> No/ <i>No</i>	<input type="checkbox"/> Yes/ <i>Sí</i>
Sores not healing/ <i>Heridas que no sanan</i>	<input type="checkbox"/> No/ <i>No</i>	<input type="checkbox"/> Yes/ <i>Sí</i>
Fever of unknown cause/ <i>Fiebre idiopática (de causa desconocida)</i>	<input type="checkbox"/> No/ <i>No</i>	<input type="checkbox"/> Yes/ <i>Sí</i>
Weight loss without cause/ <i>Pérdida de peso inexplicable</i>	<input type="checkbox"/> No/ <i>No</i>	<input type="checkbox"/> Yes/ <i>Sí</i>
Enlarging moles/ <i>Lunares que aumentan de tamaño</i>	<input type="checkbox"/> No/ <i>No</i>	<input type="checkbox"/> Yes/ <i>Sí</i>
Night sweats/ <i>Sudoración nocturna</i>	<input type="checkbox"/> No/ <i>No</i>	<input type="checkbox"/> Yes/ <i>Sí</i>
Chills/ <i>Escalofríos</i>	<input type="checkbox"/> No/ <i>No</i>	<input type="checkbox"/> Yes/ <i>Sí</i>
Loss of appetite/ <i>Pérdida de apetito</i>	<input type="checkbox"/> No/ <i>No</i>	<input type="checkbox"/> Yes/ <i>Sí</i>
Do you have frequent/recurring headaches? / <i>¿Tiene dolores de cabeza frecuentes/recurrentes?</i>	<input type="checkbox"/> No/ <i>No</i>	<input type="checkbox"/> Yes/ <i>Sí</i>
Do you have frequent dizzy spells? / <i>¿Tiene mareos frecuentes?</i>	<input type="checkbox"/> No/ <i>No</i>	<input type="checkbox"/> Yes/ <i>Sí</i>
Have you ever fainted? / <i>¿Alguna vez se ha desmayado?</i>	<input type="checkbox"/> No/ <i>No</i>	<input type="checkbox"/> Yes/ <i>Sí</i>
Have you had a recent change in eyesight? / <i>¿Ha tenido un cambio reciente en la vista?</i>	<input type="checkbox"/> No/ <i>No</i>	<input type="checkbox"/> Yes/ <i>Sí</i>
Have you had a recent change in hearing? / <i>¿Ha tenido algún cambio reciente en la audición?</i>	<input type="checkbox"/> No/ <i>No</i>	<input type="checkbox"/> Yes/ <i>Sí</i>
Do you have ringing or roaring in your ears? / <i>¿Siente zumbidos o ruidos fuertes en los oídos?</i>	<input type="checkbox"/> No/ <i>No</i>	<input type="checkbox"/> Yes/ <i>Sí</i>
Do you wear dentures? / <i>¿Usa dentaduras postizas?</i>	<input type="checkbox"/> No/ <i>No</i>	<input type="checkbox"/> Yes/ <i>Sí</i>
Do they fit properly? / <i>¿Se ajustan correctamente a la boca?</i>	<input type="checkbox"/> No/ <i>No</i>	<input type="checkbox"/> Yes/ <i>Sí</i>
Do you have frequent soar throats? / <i>¿Tiene dolores de garganta frecuentes?</i>	<input type="checkbox"/> No/ <i>No</i>	<input type="checkbox"/> Yes/ <i>Sí</i>
Do you have trouble swallowing? / <i>¿Tiene problemas para tragar?</i>	<input type="checkbox"/> No/ <i>No</i>	<input type="checkbox"/> Yes/ <i>Sí</i>
Do you have hoarseness without colds? / <i>¿Tiene ronquera sin tener resfrío?</i>	<input type="checkbox"/> No/ <i>No</i>	<input type="checkbox"/> Yes/ <i>Sí</i>
Have you lumps or swelling in the neck? / <i>¿Tiene bultos o inflamación en el cuello?</i>	<input type="checkbox"/> No/ <i>No</i>	<input type="checkbox"/> Yes/ <i>Sí</i>
Do you cough up a lot of phlegm? / <i>Cuando tose, ¿tiene mucha flema?</i>	<input type="checkbox"/> No/ <i>No</i>	<input type="checkbox"/> Yes/ <i>Sí</i>
Have you coughed up blood? / <i>¿Ha tosido sangre?</i>	<input type="checkbox"/> No/ <i>No</i>	<input type="checkbox"/> Yes/ <i>Sí</i>
Do you have coughing spells? / <i>¿Tiene ataques de tos?</i>	<input type="checkbox"/> No/ <i>No</i>	<input type="checkbox"/> Yes/ <i>Sí</i>
Do you have shortness of breath without exercise? / <i>¿Le falta el aire sin hacer ejercicio?</i>	<input type="checkbox"/> No/ <i>No</i>	<input type="checkbox"/> Yes/ <i>Sí</i>
Do you have shortness of breath with exercise? / <i>¿Le falta el aire cuando hace ejercicio?</i>	<input type="checkbox"/> No/ <i>No</i>	<input type="checkbox"/> Yes/ <i>Sí</i>
Have you had pains in your chest? / <i>¿Ha sentido dolor en el pecho?</i>	<input type="checkbox"/> No/ <i>No</i>	<input type="checkbox"/> Yes/ <i>Sí</i>
Have you been treated for heart problems? / <i>¿Ha recibido tratamiento por problemas cardíacos?</i>	<input type="checkbox"/> No/ <i>No</i>	<input type="checkbox"/> Yes/ <i>Sí</i>
Have you had high blood pressure? / <i>¿Ha tenido presión arterial alta?</i>	<input type="checkbox"/> No/ <i>No</i>	<input type="checkbox"/> Yes/ <i>Sí</i>
Have you had thumping or racing heart? / <i>¿Ha tenido palpitaciones o taquicardia?</i>	<input type="checkbox"/> No/ <i>No</i>	<input type="checkbox"/> Yes/ <i>Sí</i>
Do your ankles swell? / <i>¿Se le hinchan los tobillos?</i>	<input type="checkbox"/> No/ <i>No</i>	<input type="checkbox"/> Yes/ <i>Sí</i>
Do you have frequent indigestion? / <i>¿Tiene indigestión frecuente?</i>	<input type="checkbox"/> No/ <i>No</i>	<input type="checkbox"/> Yes/ <i>Sí</i>
Do you have pain in your stomach? / <i>¿Tiene dolor de estómago?</i>	<input type="checkbox"/> No/ <i>No</i>	<input type="checkbox"/> Yes/ <i>Sí</i>
Have you had frequent nausea or vomiting? / <i>¿Ha tenido náuseas o vómitos frecuentes?</i>	<input type="checkbox"/> No/ <i>No</i>	<input type="checkbox"/> Yes/ <i>Sí</i>
Have you ever vomited blood? / <i>¿Ha defecado heces negras?</i>	<input type="checkbox"/> No/ <i>No</i>	<input type="checkbox"/> Yes/ <i>Sí</i>
Have you had black bowel movements? / <i>¿Ha defecado heces negras?</i>	<input type="checkbox"/> No/ <i>No</i>	<input type="checkbox"/> Yes/ <i>Sí</i>

Review of Systems (cont.)/Anamnesis sistémica (cont.)

Physician Comments

Comentarios del médico

Do you **currently** have any of the following?/¿Tiene actualmente alguno de los siguientes signos o síntomas?

Have you had blood in your bowel movements?/¿Ha defecado heces con sangre?	<input type="checkbox"/> No/No <input type="checkbox"/> Yes/Sí
Do you notice burning on urination?/¿Siente ardor al orinar?	<input type="checkbox"/> No/No <input type="checkbox"/> Yes/Sí
Do you get up every night to urinate?/¿Se levanta todas las noches para orinar?	<input type="checkbox"/> No/No <input type="checkbox"/> Yes/Sí
Have you passed blood in urine?/¿Ha orinado sangre?	<input type="checkbox"/> No/No <input type="checkbox"/> Yes/Sí
Have you passed a kidney stone?/¿Ha eliminado un cálculo con la orina?	<input type="checkbox"/> No/No <input type="checkbox"/> Yes/Sí
Have you had root beer colored urine?/¿Ha tenido orina oscura?	<input type="checkbox"/> No/No <input type="checkbox"/> Yes/Sí
Any change in your desire for sexual activity?/¿Ha notado algún cambio en su deseo de actividad sexual?	<input type="checkbox"/> No/No <input type="checkbox"/> Yes/Sí
Any change in your ability to engage in sexual activity?/¿Ha notado algún cambio en su capacidad para mantener relaciones sexuales?	<input type="checkbox"/> No/No <input type="checkbox"/> Yes/Sí
Do you have joint trouble?/¿Tiene problemas en las articulaciones?	<input type="checkbox"/> No/No <input type="checkbox"/> Yes/Sí
Do you have constant back pain?/¿Tiene dolor constante de espalda?	<input type="checkbox"/> No/No <input type="checkbox"/> Yes/Sí
Do you have constant bone pain?/¿Tiene dolor constante en los huesos?	<input type="checkbox"/> No/No <input type="checkbox"/> Yes/Sí
Do your bruise easily?/¿Le salen hematomas con facilidad?	<input type="checkbox"/> No/No <input type="checkbox"/> Yes/Sí
Do you bleed easily?/¿Sangra con facilidad?	<input type="checkbox"/> No/No <input type="checkbox"/> Yes/Sí
Do your gums bleed frequently?/¿Le sangran las encías con frecuencia?	<input type="checkbox"/> No/No <input type="checkbox"/> Yes/Sí
Do you have prolonged bleeding with cuts?/¿Sangra mucho cuando se corta?	<input type="checkbox"/> No/No <input type="checkbox"/> Yes/Sí
Do you have frequent nosebleeds?/¿Tiene hemorragias nasales frecuentes?	<input type="checkbox"/> No/No <input type="checkbox"/> Yes/Sí
Do you have feelings of sadness, depression or anxiety?/¿Tiene sentimientos de tristeza, depresión o ansiedad?	<input type="checkbox"/> No/No <input type="checkbox"/> Yes/Sí

MEN ONLY/SOLO PARA HOMBRES

Do you have trouble urinating?/¿Tiene problemas para orinar?	<input type="checkbox"/> No/No <input type="checkbox"/> Yes/Sí
Have you been told you have prostate problems?/¿Le han dicho que tiene problemas de próstata?	<input type="checkbox"/> No/No <input type="checkbox"/> Yes/Sí
Have you been circumcised?/¿Lo han circuncidado?	<input type="checkbox"/> No/No <input type="checkbox"/> Yes/Sí

WOMEN ONLY Breast Health History/Historial de salud mamaria (Solo para mujeres)

Do you conduct breast self exams? ¿Se realiza autoexámenes mamarios?	<input type="checkbox"/> No/No <input type="checkbox"/> Yes/Sí
Do you feel palpable lumps? ¿Siente bultos palpables?	<input type="checkbox"/> No/No <input type="checkbox"/> Right/Derecha <input type="checkbox"/> Left/Izquierda <input type="checkbox"/> Both/Ambas
Do you have nipple discharge? ¿Tiene secreción de los pezones?	<input type="checkbox"/> No/No <input type="checkbox"/> Right/Derecha <input type="checkbox"/> Left/Izquierda <input type="checkbox"/> Both/Ambas
Do you have nipple inversion? ¿Tiene pezones invertidos?	<input type="checkbox"/> No/No <input type="checkbox"/> Right/Derecha <input type="checkbox"/> Left/Izquierda <input type="checkbox"/> Both/Ambas
Has the size or shape of the nipples changed? ¿Ha cambiado el tamaño o la forma de los pezones?	<input type="checkbox"/> No/No <input type="checkbox"/> Right/Derecha <input type="checkbox"/> Left/Izquierda <input type="checkbox"/> Both/Ambas
Have you had any breast trauma? ¿Ha sufrido algún traumatismo mamario?	<input type="checkbox"/> No/No <input type="checkbox"/> Right/Derecha <input type="checkbox"/> Left/Izquierda <input type="checkbox"/> Both/Ambas
Have you had any breast cyst aspirated? ¿Le han aspirado algún quiste mamario?	<input type="checkbox"/> No/No <input type="checkbox"/> Right/Derecha <input type="checkbox"/> Left/Izquierda <input type="checkbox"/> Both/Ambas
Do you feel breast pain?/¿Tiene dolor en las mamas?	<input type="checkbox"/> No/No <input type="checkbox"/> Right/Derecha <input type="checkbox"/> Left/Izquierda <input type="checkbox"/> Both/Ambas
If yes, is the pain related to periods? Si la respuesta es afirmativa, ¿el dolor está relacionado con la menstruación?	<input type="checkbox"/> No/No <input type="checkbox"/> Yes/Sí

WOMEN ONLY Breast Health History (cont.) *Historial de salud mamaria (Solo para mujeres)*

Physician Comments
Comentarios del médico

Have you had any prior breast surgery? No/No Yes/Sí
¿Ha tenido alguna cirugía mamaria previa?

Type of surgery/*Tipo de cirugía:* Biopsy/*Biopsia* Lumpectomy/*Lumpectomía*
 Mastectomy/*Mastectomía*

If yes, check which side and list diagnosis year and where the surgery was performed.
Si la respuesta es afirmativa, marque de qué lado y anote el año del diagnóstico y dónde se realizó la cirugía:

- Left Diagnosis, list year/*Diagnóstico del lado izquierdo, indique el año* _____
where/*y dónde* _____
- Right Diagnosis, list year/*Diagnóstico del lado derecho, indique el año* _____
where/*y dónde:* _____

WOMEN ONLY Gynecologic History/*Historial ginecológico (Solo para mujeres)*

Have you ever taken hormones?/*¿Alguna vez ha tomado hormonas?* No/No Yes/Sí

If yes, give type/*Si la respuesta es afirmativa, indique el tipo* _____
Duration/*Duración* _____ Stopped/*Finalización* _____

Have you ever taken birth control pills?/*¿Alguna vez ha tomado pastillas anticonceptivas?* No/No Yes/Sí

If yes, when were they started?/*Si la respuesta es afirmativa, ¿cuándo comenzó?* _____
When were they stopped?/*¿Cuándo finalizó?* _____

How old were you when you began menstruating?/*¿Qué edad tenía cuando comenzó a menstruar?* _____

Do you bleed between your periods?/*¿Tiene sangrado entre medio de los períodos?* No/No Yes/Sí

Do you still have periods?/*¿Aún menstrúa?*

- Yes, indicate date of first day of last period/*Si, indique la fecha del primer día de la última menstruación:* _____
- No, check reason/*No, marque el motivo* Natural, at what age?/*Natural, ¿a qué edad?*
 Surgery, at what age?/*Cirugía, ¿a qué edad?* _____

Are you currently pregnant?/*¿Está embarazada actualmente?* No/No Yes/Sí

Are you interested in having more children?/*¿Le interesa tener más hijos?* No/No Yes/Sí

Age when you first became pregnant with your first full-term pregnancy?/*¿A qué edad quedó embarazada por primera vez con su primer embarazo a término?* _____

Have you had any complications of pregnancy?/*¿Ha tenido alguna complicación en el embarazo?*

No/No Yes, describe/*Si, describa* _____

Did you breast feed?/*¿Amamantó?* No/No Yes, for/*Si, durante* _____ months/*meses.*

Please indicate the following/*Indique lo siguiente*

Number of pregnancies/*Cantidad de embarazos* _____

Number of cesareans/*Cantidad de cesáreas* _____

Number of abortions/*Cantidad de abortos* _____

Number of stillborn/*Cantidad de muertes fetales* _____

Number of premature births/*Cantidad de partos prematuros* _____

Number of children born alive/*Cantidad de niños nacidos vivos* _____