

Nombre / Name: _____ Fecha de nacimiento / Date of Birth: _____
Edad / Age: _____

Alergias a medicamentos / Drug Allergies: _____
Medicamentos / Medications: _____

Médico referente/de consulta / Consult- Referring Doctor: _____

Problemas actuales con: (ROS) / Current Problems with: (ROS)

	Sí / Yes	No	(Si la respuesta es afirmativa, explique) / (If yes, explain)
Salud general / General Health	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Ojos / Eyes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Otorrinolaringología/boca / ENT/Mouth	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Pulmón / Lung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Corazón / Heart	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Gastrointestinal / GI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Riñones / Kidneys	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Artritis/articulaciones / Arthritis/Joints	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Piel / Skin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Dolores de cabeza / Headaches	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Psicológicas Trastornos / Psych. Disorders	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Convulsiones / Seizures	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Trastornos hemorrágicos Bleeding Disorders	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Mujeres / Females: ¿Está embarazada? / Are you pregnant? Sí / Yes _____ No _____
¿Planea quedar embarazada? / Planning to become pregnant? Sí / Yes _____ No _____
¿Está amamantando? / Are you nursing? Sí / Yes _____ No _____

Antecedentes médicos/quirúrgicos/familiares / Past Medical History/Surgical/Family History

Madre / Mother: Vive / Living/falleció / Deceased _____ Edad / Age _____

Padre / Father: Vive / Living/falleció / Deceased _____ Edad / Age _____

¿Cantidad de hijos? / Number of Children _____ Edad(es) / Ages(s) _____

A continuación, marque las afecciones que usted o sus familiares hayan tenido

Check the following conditions that have occurred in you or your family

ENFERMEDAD / DISEASE	Usted You	Familiar Relative	ENFERMEDAD / DISEASE	Usted You	Familiar Relative
Melanoma / Melanoma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cáncer / Cancer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Carcinoma de células escamosas / Squamous Cell Carcinoma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis / Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Carcinoma de células basales / Basal Cell Carcinoma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Presión arterial alta / High Blood Pressure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lunares anormales (displásicos) / Abnormal Moles (Dysplastic) <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Marcapasos / Pacemaker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psoriasis / Psoriasis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prolapso de la válvula mitral / Mitral Valve Prolapse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eczema / Eczema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Reemplazo de la válvula cardíaca / Heart Valve Repl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Urticaria / Hives	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Reemplazo articular / Joint Replacement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alergias/fiebre del heno / Allergies/Hayfever	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad hepática / Liver Disease	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asma / Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Convulsiones / Seizures	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes / Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	VIH / HIV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas de tiroides / Thyroid Issues	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otro / Other	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Historia de exposición al sol / History of Sun Exposure: Mínimo / Minimal Moderada / Moderate Grave / Severe

¿Utiliza filtros solares? / Do you use Sunscreens? Sí / Yes _____ No _____ Factor de protección solar (SPF) / SPF _____

Cirugías anteriores (si corresponde) / Past Surgeries (if applicable) : _____

Antecedentes sociales / Social History

¿Vive solo? / Do you live alone?

No

Sí / Yes

Casado/a / Married

¿Fuma? / Do you smoke?

No

Sí / Yes

¿Frecuencia? / Frequency? _____

¿Bebe alcohol? / *Do you drink alcohol?* No Sí / Yes ¿Frecuencia? / *Frequency* _____
¿Uso recreativo de drogas? / *Recreational Drugs?* No Sí / Yes ¿Frecuencia? / *Frequency* _____
Ocupación / *Occupation*: _____
Ocio y pasatiempos / *Hobbies/Leisure*: _____

**Paciente establecido / *Established patient*: HISTORIA PASADA/FAMILIAR/SOCIAL / *PFSH* _____

Fecha de revisión / *(date) Reviewed* _____ Sin cambios/agregados / *No additions/changes* _____

Firma del paciente / *Patient Signature*: _____

Revisado / *Reviewed*: _____ Fecha / *Date*: _____ Actualizado / *Updated*: _____

Patrick Keehan, médico osteópata