

BARRIER ISLANDS FREE MEDICAL CLINIC, INC.
MEDICAL HISTORY (Historial Médico)

Name _____ Date of Birth _____ Age _____
 (Nombre del paciente) (Fecha de nacimiento) (Edad)

1. Please check any of the following illnesses that you have now or have had in the past: (Comprobe por favor de las siguientes enfermedades que usted tiene ahora o ha tenido en el pasado):

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Allergies/Hay fever (Alergias/
Fiebre de heno) | <input type="checkbox"/> Bladder problems (Problemas
de la vejiga) | <input type="checkbox"/> Osteoporosis (Osteoporosis) |
| <input type="checkbox"/> Asthma (Asma) | <input type="checkbox"/> Incontinence (Incontinencia) | <input type="checkbox"/> Gout (Gota) |
| <input type="checkbox"/> Bronchitis (Bronquitis) | <input type="checkbox"/> Ulcer (Úlcera) | <input type="checkbox"/> Venereal disease
(Enfermedad venérea) |
| <input type="checkbox"/> Tuberculosis (Tuberculosis) | <input type="checkbox"/> Kidney disease (Enfermedad de riñón) | <input type="checkbox"/> HIV or AIDS
(VIH o SIDA) |
| <input type="checkbox"/> Headache (Dolor de cabeza) | <input type="checkbox"/> Gallbladder disease (Enfermedad de
vesicular biliar) | <input type="checkbox"/> Rubella
(Sarampión) |
| <input type="checkbox"/> Dizziness/Fainting (Vértigos/
desfallecimiento) | <input type="checkbox"/> GI Disorder (Desorden gastro-
intestinal) | <input type="checkbox"/> Tetanus (Tétano) |
| <input type="checkbox"/> Heart palpitations (Palpitaciones
de corazón) | <input type="checkbox"/> Bowel irregularity (Irregularidad
del intestino) | <input type="checkbox"/> Rheumatic fever
(Fiebre reumática) |
| <input type="checkbox"/> High Blood Pressure (Alta presión) | <input type="checkbox"/> Lactose intolerance (Intolerancia a
la lactosa) | <input type="checkbox"/> Polio
(Poliomielitis) |
| <input type="checkbox"/> Heart disease (Enfermedad del
corazón) | <input type="checkbox"/> Anemia (Anemia) | <input type="checkbox"/> Scarlet fever
(Fiebre escarlata) |
| <input type="checkbox"/> Diabetes (Diabetes) | <input type="checkbox"/> High Cholesterol
(Colesterol alto) | <input type="checkbox"/> Mumps (Paperas) |
| <input type="checkbox"/> Cancer (Cáncer) | <input type="checkbox"/> Prostate disease (Enfermedad
de próstata) | <input type="checkbox"/> Diphtheria
(Difteria) |
| <input type="checkbox"/> Stroke (Derrame cerebral) | <input type="checkbox"/> Frequent infections
(Infecciones frecuentes) | <input type="checkbox"/> Seizure disorder
(Convulsiones/ataques) |
| <input type="checkbox"/> Shortness of breath (Falta de
aire) | <input type="checkbox"/> Frequent rashes
(Erupciones frecuentes) | <input type="checkbox"/> Arthritis/Joint Problems
(Artritis/dolor de articulaciones) |
| <input type="checkbox"/> Chest Pain (Dolor de pecho) | <input type="checkbox"/> Nervousness (Nerviosismo) | <input type="checkbox"/> Other (Otra) _____ |
| <input type="checkbox"/> Blood Clots (Coágulos de sangre) | <input type="checkbox"/> Depression (Depresión) | _____ |
| <input type="checkbox"/> Heart murmur (Soplo de
corazón) | <input type="checkbox"/> Skin problems (Problemas de piel) | _____ |
| <input type="checkbox"/> Thyroid disease (Enfermedad de
la tiroides) | | |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis (Hepatitis) | | |

WOMEN ONLY: (MUJERES SOLAMENTE):

- Pregnant? Yes No Planning pregnancy? Yes No
 (¿Embarazada?) (Sí) (No) (¿Planeando un embarazo?) (Sí) (No)
- Menstrual problems: Prolonged pain or bleeding? Yes No
 (Problemas menstruales): (¿Dolor o sangramiento prolongado?) (Sí) (No)
- Painful intercourse (Relaciones dolorosas): Yes (Sí) No (No)

MEN ONLY: (HOMBRES SOLAMENTE):

- It is common for men to occasionally experience erection difficulties. Is this something
 that happens to you? Yes No
 (Es común para los hombres que de vez en cuando tengan dificultades con la erección. ¿Esto le pasa a
 usted? (Sí) (No)
- How often does this occur? Frequently Sometimes Rarely
 (¿Con que frecuencia ocurre esto?) (Frecuentemente) (A veces) (Raramente)

MEDICAL HISTORY (*Historial Médico*)

Page 2

Name _____
(Nombre del paciente)

Date of Birth _____
(Fecha de nacimiento)

2. Please list all past hospitalizations and serious illnesses: (*Por favor anote todas las hospitalizaciones pasadas y enfermedades serias*):

<i>Year</i> (Año)	<i>Hospital</i> (Hospital)	<i>Reason for hospitalization or type of illness</i> (Razón para la hospitalización o tipo de enfermedad)

3. Please list all medications you take, including non-prescription medicines, herbal medicines and vitamins: (*Por favor anote todos los medicamentos que toma, incluyendo medicinas no recetadas, medicinas de hierbas y vitaminas*):

4. Please list all drug allergies: (*Anote por favor todas las alergias a los medicamentos*):

5. Habits: (*Costumbres*):

Smoke (*¿Fuma?*) Packs daily (*Paquetes diarios*) _____ How long? (*¿Cuanto tiempo?*) _____
Interested in stopping? (*¿Tiene interés en detenerlo?*) _____

Exercise routine: (*Rutina de ejercicio*): _____

Coffee (*Café*): Cups daily (*Tazas diarias*) _____ Other caffeine (*Otra cafeína*): _____

