

HEALTH HISTORY QUESTIONNAIRE

(cuestionario de historia de salud)

Name: _____ **Date of Birth** _____
(Nombre) (Fecha de Nacimiento)

Medication Allergies: Y ___ N ___ **Drugs:** _____
(alergias a los medicamentos) (si) (no) (medicamentos)

Medications You are taking now:
(medicamentos que está tomando ahora:)

1)	_____	Dosage _____ (dosificación)	How Often _____ Con qué frecuencia
2)	_____	Dosage _____	How Often _____
3)	_____	Dosage _____	How Often _____
4)	_____	Dosage _____	How Often _____
5)	_____	Dosage _____	How Often _____
6)	_____	Dosage _____	How Often _____
7)	_____	Dosage _____	How Often _____
8)	_____	Dosage _____	How Often _____

Social History : Smoke: Y ___ N ___ **Drink Alcohol:** Y ___ N ___
(historia socia) (fumar) (si) (no) (beber alcohol) (si) (no)

Operations: 1) _____ **When** _____
(operaciones) (cuando)
2) _____ **When** _____
3) _____ **When** _____
4) _____ **When** _____
5) _____ **When** _____

Family History: Diabetes: Y ___ N ___
(historia familiar) (azúcar, diabetes)
Heart Disease; Y ___ N ___
(enfermedad del corazón)
Cancer: Y ___ N ___
(cáncer)

Medical Problems;
(problemas médicos)

1) **Eyes and Ears:** Y ___ N ___
(Ojos y oídos)
2) **Lungs:** Y ___ N ___
(pulmones)
3) **Heart:** Y ___ N ___
(corazón)
4) **Stomach:** Y ___ N ___
(estómago)
5) **Liver:** Y ___ N ___
(hígado)
6) **Diabetes:** Y ___ N ___
(azúcar, diabetes)
7) **Thyroid:** Y ___ N ___
(tiróides)
8) **Arthritis:** Y ___ N ___
(artritis)