

Patient Name: _____
[Nombre del paciente]

Today's Date: ____ / ____ / ____
[Fecha de hoy]

DOB: ____ / ____ / ____ **Age:** _____ **Gender:** M F **Height:** _____ **Weight:** _____
[Fecha de nacimiento] [Edad] [Sexo] [Altura] [Peso]

Pharmacy Name: _____ **Pharmacy Phone:** _____
[Nombre de la farmacia] [Teléfono farmacia]

Pharmacy Address: _____
[Dirección de la farmacia]

REASON FOR TODAY'S VISIT

[MOTIVO POR LA VISTITA DE HOY]

Side: _____ **Body Part:** _____
[Lado] [Parte del cuerpo]

Date of onset/duration of symptoms? _____
[Fecha de inicio / duración de los síntomas]

Injury or accident related? Type: _____ **Date of Injury/Accident:** _____
[Relacionado a una lesión o accidente, tipo] [Fecha de la lesión/accidente]

Recent studies performed related to current condition, please include dates.

[Estudios recientes relacionados a su condición actual, incluya fecha]

X-Rays _____ **MRI** _____ **Other:** _____
[Radiografías] [Resonancia magnética] [Otros estudios]

ALLERGIES

[ALERGIAS]

No Known Allergies **Penicillin** **Sulfa** **Aspirin** **Iodine** **Latex** **Adhesive tape**
[No Alergias conocidas] [Penicilina] [Sulfa] [Aspirina] [Yodo] [Látex] [Cinta adhesiva]

Avian products, feathers, and egg products
[Productos de aves, plumas y productos de huevo]

Other (please specify): _____
[Otro (especifique)]

MEDICATIONS

[MEDICAMENTOS]

Please list all medications that you take, including over-the-counter, herbal, and prescription medications. It is important to include the strength, dosage, and frequency for every medication

[Anote todos los medicamentos incluidos en el mostrador, medicamentos a base de hierbas y los medicamentos recetados que toma. Es importante incluir la fuerza, la dosis, y la frecuencia para cada medicamento]

NAME/STRENGTH	DOSE	FREQUENCY

NAME/STRENGTH	DOSE	FREQUENCY

MEDICAL HISTORY

[HISTORIA MEDICA]

Please mark the box corresponding to your medical conditions, and indicate if the condition is **CURRENT** or **RESOLVED**

[Por favor marque la casilla correspondiente a sus condiciones médicas, y indique si la condición es **ACTUAL** o **RESUELTO**]

	C	R
<input type="checkbox"/> AIDS/ HIV <i>SIDA / VIH</i>		
<input type="checkbox"/> Alzheimer's Disease <i>Enfermedad de Alzheimer</i>		
<input type="checkbox"/> Anemia <i>Anemia</i>		
<input type="checkbox"/> Arthritis, Type: _____ <i>Artritis, tipo</i>		
<input type="checkbox"/> Asthma <i>Asma</i>		
<input type="checkbox"/> Atrial fibrillation <i>Fibrilación auricular</i>		
<input type="checkbox"/> Cancer, Type: _____ <i>Cáncer, tipo</i>		
<input type="checkbox"/> Congenital Heart Defect <i>Defectos congénitas del corazón</i>		
<input type="checkbox"/> Congestive Heart Failure <i>Insuficiencia cardíaca congestiva</i>		
<input type="checkbox"/> COPD <i>EPOC</i>		
<input type="checkbox"/> Coronary artery disease <i>Insuficiencia arterial coronaria</i>		
<input type="checkbox"/> Crohn's disease <i>Enfermedad de Crohn</i>		
<input type="checkbox"/> Depression <i>Depresión</i>		
<input type="checkbox"/> Diabetes, Type: _____ <i>Diabetes, tipo</i>		
<input type="checkbox"/> Drug Abuse <i>Abuso de drogas</i>		
<input type="checkbox"/> DVT (blood clot) <i>TVP (coágulos sanguíneos)</i>		

	C	R
<input type="checkbox"/> Emphysema <i>Enfisema</i>		
<input type="checkbox"/> Fibromyalgia <i>Fibromialgia</i>		
<input type="checkbox"/> Gallbladder Disease <i>Enfermedad de la vejiga</i>		
<input type="checkbox"/> GERD (Acid reflux) <i>ERGE (Reflujo ácido)</i>		
<input type="checkbox"/> Gout <i>Gota</i>		
<input type="checkbox"/> Heart Attack <i>Ataque cardíaco</i>		
<input type="checkbox"/> Hemophilia <i>Hemofilia</i>		
<input type="checkbox"/> Hepatitis, Type: _____ <i>Hepatitis, tipo</i>		
<input type="checkbox"/> High Blood Pressure <i>Hipertensión</i>		
<input type="checkbox"/> High Cholesterol <i>Colesterol alto</i>		
<input type="checkbox"/> Inflammatory Bowel Syndrome <i>Enfermedad inflamatoria intestinal</i>		
<input type="checkbox"/> Kidney Disease <i>Insuficiencia del riñón</i>		
<input type="checkbox"/> Liver Disease <i>Insuficiencia hepática</i>		
<input type="checkbox"/> Lyme Disease <i>Enfermedad de Lyme</i>		
<input type="checkbox"/> Migraine Headaches <i>Migrañas</i>		
<input type="checkbox"/> Mitral Valve Prolapse <i>Prolapso de la válvula mitral</i>		

	C	R
<input type="checkbox"/> Multiple Sclerosis <i>Esclerosis múltiple</i>		
<input type="checkbox"/> Osteoporosis/Osteopenia <i>Osteoporosis/Osteopenia</i>		
<input type="checkbox"/> Parkinson's Disease <i>Enfermedad de Parkinson</i>		
<input type="checkbox"/> Peptic Ulcers <i>Úlceras pépticas</i>		
<input type="checkbox"/> Psoriasis <i>Psoriasis</i>		
<input type="checkbox"/> Pulmonary Embolism <i>Embolia pulmonar</i>		
<input type="checkbox"/> Scoliosis <i>Escoliosis</i>		
<input type="checkbox"/> Seizure Disorder <i>Convulsiones</i>		
<input type="checkbox"/> Sleep Apnea <i>Apnea del sueño</i>		
<input type="checkbox"/> SLE (Lupus) <i>LES (Lupus)</i>		
<input type="checkbox"/> Spinal Stenosis <i>Estenosis espinal</i>		
<input type="checkbox"/> Spondyloarthropathy <i>Espondilo artropatía</i>		
<input type="checkbox"/> Stroke (CVA) <i>Ataque cerebro vascular (ACV)</i>		
<input type="checkbox"/> Thyroid Disease <i>Enfermedad tiroidea</i>		
<input type="checkbox"/> Ulcerative Colitis <i>Úlceras o colitis</i>		
<input type="checkbox"/> Vascular Disease <i>Enfermedad vascular</i>		

Other medical problems _____
[Otro problema medico]

SURGICAL HISTORY

[HISTORIA QUIRURGICA]

	YEAR		YEAR		YEAR
<input type="checkbox"/> ACL Surgery, side: _____ <i>Cirugía de LCA, lado</i>		<input type="checkbox"/> Carpal Tunnel Release <i>Liberación del túnel carpiano</i>		<input type="checkbox"/> Knee Replacement, side: _____ <i>Reemplazo de rodilla, lado</i>	
<input type="checkbox"/> Amputation, site: _____ <i>Amputación, sitio</i>		<input type="checkbox"/> Cataract Excision, side: _____ <i>Extirpación de cataratas, sitio</i>		<input type="checkbox"/> LASIK, side: _____ <i>LASIK, lado</i>	
<input type="checkbox"/> Angioplasty <i>Angioplastia</i>		<input type="checkbox"/> Gallbladder Removal <i>Extirpación de la vesícula</i>		<input type="checkbox"/> Mastectomy, side: _____ <i>Mastectomía, lado</i>	
<input type="checkbox"/> Appendectomy <i>Apendectomía</i>		<input type="checkbox"/> Colectomy <i>Colectomía</i>		<input type="checkbox"/> Meniscus Surgery, side: _____ <i>Cirugía de menisco, lado</i>	
<input type="checkbox"/> Arthroscopy, site: _____ <i>Artroscopia, sitio</i>		<input type="checkbox"/> Colostomy <i>Colostomía</i>		<input type="checkbox"/> ORIF, site: _____	
<input type="checkbox"/> Back Surgery <i>Cirugía de espalda</i>		<input type="checkbox"/> Gastric Bypass <i>Bypass gástrico</i>		<input type="checkbox"/> Rotator Cuff Repair, side: _____ <i>Reparación del manguito de los rotadores</i>	
<input type="checkbox"/> Blood Transfusion <i>Transfusión de sangre</i>		<input type="checkbox"/> Hernia Repair <i>Reparación de hernia</i>		<input type="checkbox"/> Small Bowel Resection <i>Resección del intestino delgado</i>	
<input type="checkbox"/> Coronary Artery Bypass <i>Revascularización coronaria</i>		<input type="checkbox"/> Hip Arthroplasty, side: _____ <i>Artroplastia de cadera, lado</i>		<input type="checkbox"/> Thyroidectomy <i>Tiroidectomía</i>	
<input type="checkbox"/> Cardiac Pacemaker <i>Marcapasos cardíaco</i>		<input type="checkbox"/> Hip replacement, side: _____ <i>Reemplazo de cadera, lado</i>		<input type="checkbox"/> Tonsillectomy <i>Amigdalotomía</i>	
<input type="checkbox"/> Cardiac Valve Replacement <i>reemplazo de válvula cardíaca</i>		<input type="checkbox"/> Hysterectomy, type: _____ <i>Histerectomía, tipo</i>			

Other surgeries: _____
[Otras cirugías]

FAMILY HISTORY

[HISTORIAL FAMILIAR]

Condition: _____ [Condición]	Relationship: _____ [Relación]	Cause of death: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No [Causa de la muerte] [Sí] [No]
Condition: _____ [Condición]	Relationship: _____ [Relación]	Cause of death: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No [Causa de la muerte] [Sí] [No]
Condition: _____ [Condición]	Relationship: _____ [Relación]	Cause of death: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No [Causa de la muerte] [Sí] [No]

SOCIAL HISTORY

[HISTORIA SOCIAL]

Tobacco Use: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Former [Uso de tabaco] [Sí] [No] [Antes]	Type: _____ [Tipo]	Use per day: _____ [Uso por día]	Years Used: _____ [Años utilizando]	Age Quit: _____ [Edad que dejó de utilizar]
Alcohol Use: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Former [Uso de alcohol] [Sí] [No] [Antes]	Type: _____ [Tipo]	Frequency: _____ [Frecuencia]	Amount: _____ [Cantidad]	Last Drink: _____ [Última vez que bebió]
Caffeine Use: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No [Uso de cafeína] [Sí] [No]	Type: _____ [Tipo]	Amount per day: _____ [Cantidad por día]		

REVIEW OF SYSTEMS*[REVISIÓN DE SISTEMAS]***Are you currently having or have recently had any of the following problems? Please mark your answer.***¿Tiene usted actualmente o ha tenido alguno de los siguientes problemas o síntomas? Por favor marque su respuesta.***Constitutional***[Constitucional]*

Chills Fatigue Fever Malaise Night Sweats Weakness Weight gain / loss
[Escalofríos, Fatiga, Fiebre, Malestar, Sudores nocturnos, Debilidad, Aumento / Pérdida de peso]

HEENT

Blurred vision Double vision Difficulty swallowing Ear drainage Facial pain
[Visión borrosa, Visión doble, Dificultad para tragar, Secreción del oído, Dolor facial]

Headache Hearing loss Hoarseness Nasal Congestion Ringing in ears
[Dolor de cabeza, Pérdida de la audición, Ronquera, Congestión nasal, Zumbido en los oídos]

Vertigo Vision loss
[Vértigo, Pérdida de la visión]

Respiratory*[Respiratorio]*

Chest pain Cough Shortness of breath Recent infections TB exposure
[Dolor en el pecho, Tos, Falta de aire, Infecciones recientes, Exposición a tuberculosis]

Wheezing
[Sibilancia]

Cardiovascular*[Cardiovascular]*

Chest pain Blue skin Heart murmur Leg swelling Fainting Arrhythmia
[Dolor en el pecho, Piel azulada, Murmullo cardíaco, Hinchazón de la pierna, Desmayos, Arritmia]

Palpitations
[Palpitaciones]

Gastrointestinal*[Gastrointestinal]*

Abdominal pain Constipation Black stool Diarrhea Heartburn Jaundice
[Dolor abdominal, Estreñimiento, Materia fecal negra, Diarrea, Acidez, Ictericia]

Loss of appetite Nausea Vomiting
[Pérdida de apetito, Náuseas, Vómitos]

Genitourinary*[Genitourinaria]*

Painful urination Frequent urination Blood in urine Urinary incontinence
[Orinar con dolor, Micción frecuente, Sangre en la orina, Incontinencia urinaria]

Metabolic*[Metabólico]*

Cold intolerant Hair loss Heat intolerant
[Intolerancia al frío, Pérdida de cabello, Intolerancia al calor]

Neurologic*[Neurológicas]*

Difficulty walking Dizziness Poor coordination Memory loss Muscle weakness
[Dificultad para caminar, Mareos, Mala coordinación, Pérdida de memoria, Debilidad muscular]

Paresthesia Seizures Tremors
[Parestesia, Convulsiones, Temblor]

Psychiatric*[Psiquiátrico]*

Anxiety Depression Insomnia
[Ansiedad, Depresión, Insomnio]

Hematologic*[Hematológico]*

Bleeding Bruising
[Hemorragia, Moretones]

Immunological*[Inmunológico]*

Asthma Bee sting allergies Contact dermatitis Environmental allergies
[Asma, Alergia a picadura de abejas, Dermatitis de contacto, Alergias ambientales]

Food allergies Seasonal allergies
[Alergias alimentarias, Alergias estacionales]

Patient's Signature: _____

[Firma del paciente]

Date: _____

[Fecha]