

## Healthworks of the Central Coast History Form

<b>Nombre:</b> Apellido, Primer Nombre		<b>Fecha de nacimiento:</b>	<b>Fecha:</b>
<b>Estado matrimonial:</b> Soltero Casado Separado Viudo Divorciado Pareja			
<b>Allergias a medecinas:</b> No Si:			
<b>Metodo anticonceptivo:</b>			
<b>Esta tomando medicina con receta:</b> No Si:			
<b>Marque y describa cualquier problema que tiene o ha tenido antes</b> Ninguno			
Piel	Pecho/Corazon	Cambios recientes en:	
Cabeza/Cuello	Espalda	Peso	
Oldos, nariz, garganta	Intestinal	Dormiendo	
Pulmones	Vejiga	Cirugias	
Otro problema o molestia:			
<b>Mujeres Solamente</b>			
Edad que empezo a menstruar:		Primer dia de su ultima regla:	
Frecuencia:	<input type="checkbox"/> Pesado	<input type="checkbox"/> Irregular	<input type="checkbox"/> Manchando <input type="checkbox"/> Dolorso <input type="checkbox"/> Regular
Numero de:	Embarazos Hijos vivos	Abortos Espontaneos	Abortos Provocados
Esta embarazada o dando pecho?			Si No
Ha tenido una hysterectomia o cesarea?			Si No
Alguna infeccion de la vejiga, rinon o mal de orin?			Si No
Ha tenido sangre en la orina o enfermedad del rinon?			Si No
Problemas controlando su orina?			Si No
Tiene calores o suda en la noche?			Si No
Tiene sindrome pre menstrual:			Si No
Ha tenido dolor en los pechos, bolas, o liquido de los pezones?			Si No
Fecha de su ultimo papanicolaou:		Fecha de su mammograma:	
<b>Si esta considerando algun metodo anticonceptivo con hormonas, teine algunos de los siguientes:</b>			
Coagulos de sangre	Migranas	Alto colesterol	
Ataque/enfermedad de corazon	>35 y fuma		
Cancer de pecho, matriz, cerviz, o ovarios	Herida debajo dela cintura	Enfermedad cardiaca o de rinon	
Enfermedad del higado	Diabetes	Vesicula billar	
Ninguno	Alta presion	Hep A, B, C/Usa de alcohol	

<b>Hombres Solamente</b>			
Tiene sangre, dolor, or ardor cuando orina?			Si No
Algun descargo del pene?			Si No
Ha tenido infeccion del rinon, vesicula, ó prostata?			Si No
Tiene dolor o hinchado en los testiculos?			Si No
Auto examen testicular			Si No

<b>Historia Social</b>			
Toma alcohol?			Si No
Usa tobacco?			Si No
Edad que empezo:	Cantidad:	Ha dejado?	Razon:
Usa drogas recreativas?			Si No

Todo mecionado en esta forma es confidencial y sera usado solamente para asistencia en su cuidado y tratamiento

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Reviewed by: \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_