

Premier Community HealthCare Group, Inc.

Adult Medical History Questionnaire

What is the main reason you came to the doctor today? _____

Please check (✓) next to any illnesses or problems that apply to you. Include dates if possible.

General

- cancer
- diabetes
- thyroid problems
- recent change in weight
- weakness, fatigue
- fevers, night sweats
- swollen areas (lumps, knots)
- serious injuries

Skin

- skin cancer
- sores, skin infection
- rashes, hives

Nervous System

- stroke
- seizures, epilepsy
- frequent dizzy
- trouble sleeping
- frequent headache
- depression, anxiety
- mental illness
- alcohol, drug abuse

Eyes

- glaucoma
- trouble with vision

Ears

- ear infections
- trouble hearing

Nose, Mouth

- hay fever, sinus problem
- sores in mouth
- wear dentures

Heart and Blood Vessels

- heart attack
- high blood pressure
- frequent chest pain
- palpitations

Lungs

- ankle swelling
- asthma
- emphysema
- tuberculosis
- shortness of breath
- nagging cough
- hoarseness

Gastro-intestinal

- stomach ulcer
- gall bladder
- indigestion, heartburn
- hepatitis, yellow jaundice

Rectum

- hemorrhoids
- frequent diarrhea
- black or bloody stools

Kidney

- kidney stones
- bladder, kidney infection
- problems with urination- hesitancy, loss of control

Bones and Joints

- arthritis, rheumatism
- gout
- back or neck problems
- foot problems
- use of cane, crutches, walker or wheelchair

Blood

- sickle cell
- bleeding problems
- anemia
- blood transfusion

Males Only

- enlarged prostate
- painful or lumpy testicles
- problems with sex

Females Only

- lumps in breast
- frequent yeast infections
- unexpected vaginal bleeding
- How many children have you had? _____
- How many times pregnant? _____
- Have you ever had a C-section? _____
- When was your last period? _____
- Are your periods regular? _____
- How many days do they last? _____
- Date last Pap? _____ Results _____

Do you have any other medical problems?

HOSPITAL AND SURGERY – Please list all hospital admissions, and any other surgeries.

<u>Year</u>	<u>Hospital, city, and state</u>	<u>Reason for admission, or type surgery</u>
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

X-RAYS, OTHER TESTS – Please list the last year that any of the following were done.

<u>X-Rays</u>	<u>Year</u>	<u>Results</u>	<u>Other Tests</u>	<u>Year</u>	<u>Results</u>
Chest	_____	_____	Mammogram	_____	_____
Stomach (Upper GI)	_____	_____	Cholesterol measurement	_____	_____
Gall Bladder (Ultra-sound)	_____	_____	Cardiac Stress Test (Treadmill)	_____	_____
Colon (Barium enema)	_____	_____	Eye Examination	_____	_____
Kidney (IVP)	_____	_____	Dental Examination	_____	_____
Back/Neck	_____	_____	Other _____	_____	_____

MEDICATIONS – Please list all medicines that you use frequently or every day. Include prescription medicines, aspirin, antacids, vitamins, birth control pills, etc.

<u>Medication</u>	<u>Dose</u>	<u>How Often</u>	<u>Medication</u>	<u>Dose</u>	<u>How Often</u>
1 _____	_____	_____	5 _____	_____	_____
2 _____	_____	_____	6 _____	_____	_____
3 _____	_____	_____	7 _____	_____	_____
4 _____	_____	_____	8 _____	_____	_____

Allergies _____ Acct. #: _____ Today's Date _____

NAME: _____ DOB: _____ Reviewed by: _____

Please complete both sides

Family History – Please fill in blanks and check (✓) appropriate items in top row.

Family Member	Age	If deceased, give age and cause of death	Allergies	Cancer	High Blood Pressure	Heart Problems	Stroke	Diabetes	Kidney Problems	Osteoporosis	Sickle Cell	Tuberculosis	AIDS	Seizures, Epilepsy	Mental Illness	Depression, Anxiety	Alcoholism	Other
Father																		
Mother																		
Other "blood" Relatives- Brothers, Sisters, Grandparents																		

Social History – Please circle responses, or fill in blanks.

1. What is your usual occupation? _____ What kind of work do you do now? _____ Seasonal/Migrant? _____
2. What is the highest grade in school you completed? _____ 3. Are you? Single Married Divorced Separated Widowed
4. Do you exercise? Never Rarely Once a week 3-4 times/week Type of exercise _____
5. Do you use tobacco? ____ Cigarettes Cigars Pipe Snuff Chewing tobacco How many packs/day? _____
6. How many years have you smoked? _____ If you have quit smoking, when? _____
7. Do you use alcohol? _____ In a week, how many cans of beer____, glasses of wine____, shots of liquor____?
8. How many cups of coffee, tea, or cola, do you drink in a day? _____
9. DO you sometimes use marijuana or other drugs, socially? _____
10. Have you had more than one sexual partner in the last year? _____
11. Have you ever had a sexually-transmitted disease, such as gonorrhea, syphilis, or herpes? _____
12. Have there been any unusual stresses in your life in the last year?
 Broken relationships? Illness or death in the family? Change in job? Moved? Other _____

Household members – Who lives in your house?

Name	Age	Relationship	Any medical/drug/school/work problems?

NAME: _____

DOB: _____

Acct. #: _____

Please complete both sides

Premier Community HealthCare Group, Inc.

Questionario del Historial Médico de Adultos

Cuál es la razón por su visita al médico hoy? _____

Por favor marque (✓) enfermedades o problemas que tiene o ha tenido . Incluya fechas si es posible.

General

- cancer
- diabetes
- problema de tiroides
- debilidad, fatiga
- fiebres, sudores nocturnos
- areas hinchadas
- heridas serias

Oido

- infeccion
- problemas oyendo

Nariz y boca

- alergias
- llagas en la boca
- usa dentaduras

Corazon

- ataque al corazon
- alta presion

Piel

- cancer de la piel
- lesiones, infeccion de la piel
- ronchas (heroidero)

Sistema Nervioso

- ataque (apoplejia)
- convulsion,epilepsia
- mareos frecuentes
- problemas durmiendo
- frecuente dolor de cabeza
- depresion, ansiedad
- enfermedad mental
- abuso de alcohol/drogas

- palpitaciones
- tobillo hinchado

Pulmones

- Asma
- enfisema
- tuberculosis
- corto de respiracion
- tos persistente
- ronco

Gastro-intestinal

- ulcera en el estomago
- problema de la versicula
- indigestion, acido
- hepatitis, icterica

Recto

- hemorroides
- frecuente diarrea
- escreta negra o sangrienta

Riñon

- piedras en el riñon
- vejiga, infeccion en el riñon
- extensa perdida de control

Huesos/Cojunturas

- artritis,reumatismo
- gota
- problemas con la espalda
- problemas con los pies
- usa baston, muletas andador o silla de ruedas

Sangre

- anemia
- transfusion de sangre

Para Mujeres Solamente

- masa en los pechos
- infeccion de hongos vaginal
- sangre vaginal inesperadamente
- Cuantos niños a tenido? _____
- Cuantas veces ha estado embarazada? _____
- Ha tenido cesaria? _____
- Cuando fue su ultima menstruacion ? _____
- Son sus menstruaciones regulares? _____
- Cuantos días dura? _____
- Cual fue el ultimo examen vaginal para el cancer (Pap) _____
- Resultados _____

Para Hombres Solamente

- prostata engrandecida
- dolor or masa en los testículos
- problemas con relaciones sexuales

Tiene otros problemas médicos? _____

HOSPITAL Y CIRUGIAS- Por favor apunte todas las admisiones de hospital y de cirugias:

<u>Año</u>	<u>Hospital, ciudad y estado</u>	<u>Razón por admision/ tipo de cirugia</u>

RAYOS-X, OTROS EXAMENES- Por favor apunte el ultimo año en que se le hizo lo siguiente:

<u>Rayo-X</u>	<u>Año</u>	<u>Resultados</u>	<u>Otros Examanes</u>	<u>Año</u>	<u>Resultados</u>
Pecho	_____	_____	Mamograma	_____	_____
Estómago	_____	_____	Colesterol	_____	_____
Versicula (ultrasonido)	_____	_____	Examen de Estres de	_____	_____
Colon (enema barium)	_____	_____	Corazon	_____	_____
Riñon (IVP)	_____	_____	Examen de vista	_____	_____
Espalda/Cuello	_____	_____	Examen dental	_____	_____
Otros rayo-X	_____	_____	Otro	_____	_____

MEDICAMENTOS- Por favor apunte todos los medicamentos que usa frecuentemente o diariamente.

Incluya recetas, aspirina , antiacidos, vitaminas, pastillas de anticonceptivos, yerbas/remedios caseros, etc.

<u>Medicamento</u>	<u>dosis</u>	<u>cuantas veces</u>	<u>Medicamento</u>	<u>dosis</u>	<u>cuantas veces</u>
1. _____	_____	_____	5. _____	_____	_____
2. _____	_____	_____	6. _____	_____	_____
3. _____	_____	_____	7. _____	_____	_____
4. _____	_____	_____	8. _____	_____	_____

Alergias: _____ Acct. #: **70013.0** Fecha de Hoy _____

NAME: _____ DOB: _____ Reviewed by: _____

Por favor complete ambos lados de esta forma

Historial Familiar- por favor llene el espacio con una marca a los articulos apropiados en la linea de arriba.

* indique si fallecio, de la edad y causa de muerte.

Miembros	Edad	*															
			Alergia	Cancer	Presion alta	Ataque cerebral	Diabetes	Problema de rinon	Falta de calcio en los huesos	Sickle cell	Tuberculosis	Convulsiones, Epilepsia	Enfermedades Mental	Depresion o ansiedad	Abuso de alcohol/Drogas	Otro	
Padre																	
Madre																	
Hermano(s)																	
Hermana(s)																	
Abuelos																	

Historial Social Por favor circular o llene las respuestas :

1. Cuál es su ocupacion usual? _____ Qué trabajo hace ahora? _____ Eres Migrante? _____
2. Cuál es el grado mas alto que completaste en el colegio? _____
3. Es? Soltero(a) __ Casado(a) __ Viudo(a) _ Divorciado(a) __ Separado(a) __
4. Usted hace ejercicios? Nunca __ Casi nunca __ Una vez a la semana __ 3-4 veces por semana __ Cuál ejercicios _____
5. Fuma tabacco? _____ Cigarros __ Tabacco _____ Pipa _____ Mastica tabacco __ Cuantos paquetes/día? _____
6. Toma alcohol? _____ En una semana, cuantas latas de cerveza _____ vasos de vino _____ de licor _____
7. Cuantas tasas de café, té, ó coca cola toma en un día? _____
8. A veces fuma marijuana ó otra droga, socialmente? _____
9. Ha tenido más de un compañero sexual durante el pasado año? _____
10. Ha tenido usted alguna enfermedad trasmitida sexualmente o contagiosa de la mucosa genital, como gonorrea, sífilis, o herpes? _____
11. Ha tenido un evento en el pasado año que le ha dado estres en su vida?
Relaciones rotas? Enfermedades o muerte en la familia? Cambio de trabajo? Mudadas? Otro? _____

Miembros de la familia- Quién vive con usted?

Nombre	Edad	Relación	Tiene algun problema médico/droga/colegio/trabajo?

NAME: _____

DOB: _____

Acct. #: _____

Por favor complete ambos lados de esta forma