

# HEALTH HISTORY - Adult

## HISTORIA DE SALUD PARA ADULTOS

### INFORMATION

Name/Nombre \_\_\_\_\_ Birth Date/Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Address/Dirección \_\_\_\_\_

City/Ciudad \_\_\_\_\_ Zip/Código Postal \_\_\_\_\_

Person to contact in case of emergency/Notifique a:

Name/Nombre \_\_\_\_\_

Phone/Teléfono (H)(\_\_\_\_\_) (B)(\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Name/Nombre \_\_\_\_\_

Phone/Teléfono (H)(\_\_\_\_\_) (B)(\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Physician/Médico \_\_\_\_\_ Phone/Teléfono(\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Medical/Hospital Insurance Carrier \_\_\_\_\_ Policy/Group Number  
Nombre de la Aseguransa Médica \_\_\_\_\_ Número de Póliza \_\_\_\_\_

### HEALTH HISTORY

Immunizations: Last date given// Vacunas: Fecha de Últimas Vacunas

\_\_\_\_\_ Oral Polio/Polio \_\_\_\_\_ Measles/Sarampión \_\_\_\_\_ Rubella/Rubela \_\_\_\_\_ Mumps/Paperas  
\_\_\_\_\_ DPT(Diphtheria/Pertussis/Tetanus)/DPT(Difteria/Tétanos)

Chronic/Recurring Conditions: Check all that apply// Condiciones Crónicas: Marque los que aplican:

_____ Asthma/Respiratory Problems//Asma/Problemas de Respiratorio	_____ Epilepsy/Epilepsia
_____ Kidney Disease/Enfermedad de Riñon	_____ Headaches/Dolores de Cabeza
_____ Heart Disease/Enfermedad de Corazón	_____ Fainting/Desmayo
_____ Diabetes/Diabetis	_____ Nosebleed/Hemorragia Nasal
_____ Ear Infection/Infecciones del Oido	_____ Bleeding/Clotting Disorders/Problemas de Sangre
_____ Special Dietary Regimen/Dieta Especial	_____ Hypertension/Hipertensión
_____ Seizures/Ataques Apopléticos	_____ Constipation/Estreñimiento
_____ Emotional Disturbances/Problemas Emocionales	_____ Hearing Impairment/Dificultades en Oír Sordo
_____ Sickle Cell Trait or Disease/Tendencia del Sickle Cell Anemia	_____ Musculoskeletal Disorders/Desarreglo del Sistema Musculoeseletal
_____ Other/Otra _____	

Date last examination/Fecha de último examen médico \_\_\_\_\_

Are activities restricted?/ ¿Esta restringida su actividad física? \_\_\_\_\_ No/No \_\_\_\_\_ Yes/Si

If Yes, explain/explique \_\_\_\_\_

Allergies: Check all that apply/ Alergias: Marque a los que son aplicable:

<input type="checkbox"/> Animals/Animales _____	<input type="checkbox"/> Plants/Plantas _____
<input type="checkbox"/> Food/Comidas _____	<input type="checkbox"/> Pollen/Polen _____
<input type="checkbox"/> Insect bites/stings//Piquete de insecto/aguijon _____	<input type="checkbox"/> Medicines/Drugs//Medicina/Drogas _____
<input type="checkbox"/> Hayfever/Fiebre del Heno _____	<input type="checkbox"/> Other/Otra _____

Current medication: specify \_\_\_\_\_

Medicina que toma actualmente: \_\_\_\_\_

Check if you wear:  Contact lenses  Glasses  Dental appliance  Other \_\_\_\_\_

Marque si usa:  Pupilentes  Anteojos  Auxilio dental  Otra \_\_\_\_\_