

Patient Health History

Confidential

Patient's name: _____

Chief Complaint: What is the reason for your visit today? (Please describe problem in detail):

Past Medical History: Please check all that apply to you:

- | | | |
|---|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Asthma/emphysema | <input type="checkbox"/> Epilepsy/seizures | <input type="checkbox"/> Stroke |
| <input type="checkbox"/> Cancer | <input type="checkbox"/> Heart problems | <input type="checkbox"/> Thyroid |
| <input type="checkbox"/> High Cholesterol | <input type="checkbox"/> High blood pressure | <input type="checkbox"/> Other: _____ |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Psychiatric disease | |

Previous Surgeries: Please list past surgeries with approximate date:

Serious Injury: Please describe any serious injuries you have had:

Medications: Please list any medications you are taking with dose and frequency:

<i>Drug</i>	<i>Dose/Frequency</i>
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Allergies: please list any allergies that you have _____

Social History:

Do you drink alcohol? Yes No If yes, how much/week? _____

Do you smoke? Yes No If yes, how many cigarettes/day? _____

Do you use recreation drugs? Yes No If yes, what type and frequency? _____

Are you on a special diet? Yes No If yes, please describe? _____

Family History: Do you know of any immediate relative who has or had:

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Heart Problems | <input type="checkbox"/> Psychiatric Disease |
| <input type="checkbox"/> Aneurysm | <input type="checkbox"/> High blood pressure | <input type="checkbox"/> Stroke |
| <input type="checkbox"/> Cancer, Type: | <input type="checkbox"/> Kidney disease | <input type="checkbox"/> Thyroid |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Lung Disease | |
| <input type="checkbox"/> Epilepsy/Seizures | <input type="checkbox"/> Migraine | |

Patient Health History

As you review the following list, please check any problems or conditions that you are experiencing or have experienced. If you do not have any of the problems listed in the section please check none.

General Health

- Good general health
- Recent weight change
- Loss of appetite
- Fever/chills

Allergy

- Drug allergies
- Food allergies
- Hay fever
- Other: _____
- None

Ears, Nose, Mouth, Throat

- Difficulty swallowing
- Earaches
- Loss of hearing/deafness
- Ringing in ears
- None
- Other: _____

Eyes

- Blind spots
- Double/blurred vision
- Glaucoma
- Injury
- Pain
- Other: _____
- None

Gastrointestinal

- Blood in stools
- Increasing constipation
- Persistent diarrhea
- Stomach/ abdominal pain
- Ulcer
- Vomiting
- Other: _____
- None

Genitourinary

- Blood in urine
- Female: irregular periods
- Female: #pregnancies_____
- #miscarriages_____
- Female: vaginal discharge
- Kidney stones

Female: last Pap smear on:

_____/_____/_____

Female: last mammogram on:

_____/_____/_____

- Male: prostate disease
- Painful urination/burning
- Sexual difficulty
- Sexually transmitted disease
- Urgency with urination
- Urine retention
- Incontinence
- Other: _____
- None

Heart

- Pain in chest
- High cholesterol
- Irregular heart beat
- Other: _____
- None

Muscles/Joints/Bones

- Difficulty walking
- Joint pain
- Joint stiffness or swelling
- Muscle pain or tenderness
- Neck pain
- None

Neurological

- Balance trouble
- Loss of consciousness
- Difficulty speaking
- Headaches/migraines
- Injury to the brain or spine
- Light-headed or dizziness
- Memory loss
- Mental Confusion
- Numbness or tingling
- Paralysis
- Stroke/mini strokes
- Tremors
- Weakness
- Other: _____
- None

Psychiatric

- Depression
- Anxiety
- Eating disorder
- Other: _____
- None

Lungs

- Asthma
- Blood in cough
- Chronic or frequent cough
- Emphysema
- Pneumonia
- Shortness of breath
- Other: _____
- None

Skin

- Rash or itching
- Sun sensitivity
- Hair loss
- Other: _____
- None

Endocrinology

- Intolerance to cold weather
- Unusual thirst
- Frequent urination

Sleep

- Snoring
- Do you sleep well? Yes No

**Community Care Center for Forsyth County
Winston-Salem, NC**

Information del Paciente

_____ Apellidos _____ Nombre _____ Segundo Nombre

Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____ Sexo Masculino
 Femenino

Raza
 Blanco
 Negro/Africano American
 Asiatico
 Indio Americano
 Otro

Contactos

Direccion: _____ Apto # _____

Ciudad: _____

Condado: _____

Codigo Postal: _____

Numeros Telefonicos Casa: _____

Trabajo: _____

Nombre de la Compania _____

Celular: _____

Email: _____

Contacto de Emergencia: _____ Relacion: _____

Telefonico 1: _____ # telefonico 2: _____

Grupo Etnico
 Hispano
 No Hispano

Empleo
 Empleado
 Desempleado
 Negocio propio
 Estudiante
 Ama de casa
 Menor

Consentimiento Informado (lea cuidadosamente)

Yo entiendo que Community Care Center ("CCC") no esta en capacidad de ayudar en todas mis necesidades de salud. Los doctores solo estan disponibles durante las horas que hay clinica. No hay manera de llamar a los doctores en otras horas y ellos no hacen disponibilidades o turnos. Yo entiendo que cuando tenga una emergencia de salud o no pueda esperar hasta hacer una cita en la clinica, yo tendre que buscar ayuda en otra parte.

Yo doy mi permiso para ser examinado(a) y tratado(a) por los doctores de la clinica. Yo entiendo que estudiantes y otros proveedores de salud no licenciados pueden asistir a los doctores.

Yo entiendo que algunos servicios pueden ser cancelados o cambiados sin previo aviso. Yo entiendo que el personal de la clinica puede necesitar contactarme por telefono o correo por razones de mi salud. Yo acepto que mi informacion de salud protegida puede ser usada y compartida con otros proveedores cuando sea necesario para mi tratamiento medico. Cuando se me refiere a un sitio fuera de CCC, yo entiendo que yo podria tener que pagar por esos servicios.

Yo entiendo además que tengo que cumplir los requerimientos de elegibilidad de CCC para poder ser aceptado como paciente por la clinica. Yo entiendo que si yo proveo informacion falsa o incompleta o no renuevo mi informacion, mis servicios como paciente en la clinica pueden ser terminados. Yo entiendo que es mi responsabilidad avisar al personal de la clinica cuando los ingresos de la familia aumentan o alguien en la familia se vuelve elegible o consigue seguro de salud, Medicare, o Medicaid.

Si el paciente no esta en capacidad de entender y firmar este documento o es un menor, complete lo siguiente:
 El paciente es: ___ no esta en capacidad de firmar porque _____ ___ Es un menor de edad
 Yo confirmo que yo estoy autorizado(a) para aceptar en nombre del paciente:

_____ Relacion _____ Fecha: _____ Testigo: _____
 Persona autorizada

_____ Fecha: ____ / ____ / ____
 Paciente o Persona Responsable

Historia Clínica Confidencial

Nombre del paciente: _____

Motivo de visita: Porque viene a la clinica? (Por favor describa el problema en detalle):

Historia Medica: Por favor marque todas las que se apliquen a usted:

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Asma / enfisema | <input type="checkbox"/> Epilepsia / convulsiones | <input type="checkbox"/> Enfermedad siquiátrica |
| <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Problemas del corazón | <input type="checkbox"/> Derrame / Ataque |
| <input type="checkbox"/> Colesterol alto | <input type="checkbox"/> Hipertensión | <input type="checkbox"/> Tiroides |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | | <input type="checkbox"/> Otra: _____ |

Cirugías Previas: Por favor liste las cirugías que haya tenido y coloque la fecha aproximada:

Lesiones / Accidentes graves: Por favor describa cualquier lesión / accidente serio que haya tenido:

Medicaciones: Por favor liste medicamentos que este tomando ahora además de la dosis y frecuencia:

<i>Medicamento</i>	<i>Dosis / Frecuencia</i>
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Alergias: por favor liste alergias que tenga / haya tenido. _____

Historia Social:

Consumo alcohol? Si No Si si, cuantas veces a la semana? _____

Fuma? Si No Si si, cuantos cigarrillos al día? _____

Usa drogas (marihuana, cocaína, etc)? Si No Si si, cuales y con que frecuencia? _____

Esta haciendo una dieta especial? Si No Si si, como es? _____

History Familiar: Usted sabe si alguno de sus familiares cercanos tiene o ha sufrido de:

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Problemas del corazón | <input type="checkbox"/> Enfermedad siquiátrica |
| <input type="checkbox"/> Aneurisma | <input type="checkbox"/> Presión alta | <input type="checkbox"/> Derrame / ataque |
| <input type="checkbox"/> Cáncer, Tipo: _____ | <input type="checkbox"/> Enfermedad renal | <input type="checkbox"/> Tiroides |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar | |
| <input type="checkbox"/> Epilepsia / Convulsiones | <input type="checkbox"/> Migraña | |

Historia de salud del Paciente

A medida que usted revisa la siguiente lista, por favor marque las enfermedades o problemas que usted tiene o ha tenido. Si usted no ha sufrido de ninguna enfermedad o problema, marque ninguno en cada sección.

Salud General

- Buena salud general
- Cambio reciente en peso
- Perdida del apetito
- Fiebre / escalofríos

Alergia

- Alergia a drogas
- Alergia a comidas
- Fiebre del heno
- Otra: _____
- Ninguno

Oídos, nariz, boca, y garganta

- Dificultad para tragar
- Dolor de oídos
- Perdida de la audición
- Ruidos en los oídos / pitidos
- Ninguno
- Otro: _____

Ojos

- Puntos ciegos
- Visión doble / borrosa
- Glaucoma
- Trauma ocular
- Dolor
- Otro: _____
- Ninguno

Gastrointestinal

- Sangre en las heces
- Constipación
- Diarrea persistente
- Dolor de estomago / barriga
- Ulcera
- Vomito
- Otro: _____
- Ninguno

Genitourinario

- Sangre en la orina
- Mujer: periodos irregulares
- Mujer: #embarazos_____
- #abortos_____
- Mujer: flujo vaginal
- Piedras en los riñones

Mujer: ultimo Papanicolou en:

_____/_____/_____

Mujer: ultima mamografía en:

_____/_____/_____

- Hombre: enf. de la próstata
- Dolor / ardor al orinar
- Dificultades Sexuales
- Enf. transmitida sexual
- Urgencia al orinar
- Retención urinaria
- Incontinencia
- Otro: _____
- Ninguno

Corazón

- Dolor en el pecho
- Colesterol alto
- Ritmo cardiaco irregular
- Otro: _____
- Ninguno

Músculos, Articulaciones

- Dificultad para caminar
- Dolor en las articulaciones
- Articulaciones inflamadas
- Dolor muscular
- Dolor de cuello
- Ninguno

Neurológico

- Problemas con el balance
- Perdida de conciencia
- Dificultad para hablar
- Dolor de cabeza / migraña
- Daño en cerebro / medula
- Mareo / vértigo
- Perdida de la memoria
- Confusión Mental
- Hormigueo
- Parálisis
- Derrame / apoplejía / ataque
- Temblor
- Debilidad
- Otro: _____
- Ninguno

Siquiátrico

- Depresión
- Ansiedad
- Desorden alimenticio
- Otro: _____
- Ninguno

Pulmones

- Asma
- Sangre al toser
- Tos crónica / frecuente
- Enfisema
- Neumonía
- Falta de aire
- Otro: _____
- Ninguno

Piel

- Rash o rasquiña
- Sensibilidad al sol
- Perdida del cabello
- Otro: _____
- Ninguno

Endocrinología

- Intolerancia al frío
- Mucha sed
- Frecuencia urinaria

Sueño

- Ronca
- Usted duerme bien? Si No