

GOOD NEWS CLINICS MEDICAL HISTORY

BMI: _____ **BP:** _____

Date/Fecha: _____

Name/Nombre _____ Age/Edad: _____

Date of birth/Fecha de Nacimiento: _____ Sex/Sexo: _____

Reason for visit/Razon por la visita: _____

Are you taking any medication, drugs or pills/Esta tomando medicamento or drogas? _____

If yes, please list those drugs/Si es si, cuales: _____

How many times in the last year have you been to the emergency room? _____

Cuantas veces has estado en el cuarto de emergencia: _____

What did you go to the emergency room for?/Porque fue al cuarto de emergencia?

SOCIAL HISTORY

	No	Yes/Si	In Past/En el pasado
Do you smoke?/Usted Fuma?			
Do you drink alcohol?/Toma bebidas alcoholicas?			
Do you use drugs?/Usa drogas?			

FAMILY HISTORY/HISTORIA FAMILIAR

	If living, Age Si viven, Edad	Health/ Salud	If Deceased, age at death Si murieron, edad en que murieron?	Cause of death? Causa de muerte
Father/Padre				
Mother/Madre				
Brother/Hermano				
Sister/Hermana				
Spouse/Esposo/a				
Children/Hijos				

Has any blood relative ever had/Alguno de sus familiares han tenido

	No	Yes/Si	Who/Quien?
Cancer			
Diabetes			
Heart Trouble/Problemas Cardiacos			
Stroke/Derrame Cerebral			
High Blood Pressure/Hipertension sanguinea			
Seizures/Combulsiones			
Depression/Depresion			
Mental Illness/Enfermedad Mental			

PERSONAL HISTORY/HISTORIA PERSONAL

Please check if you've had any of the following/Por favor, verifique si ha tenido alguno de los siguientes:

- | | | | |
|--|--------------------------|--|--------------------------|
| Allergies/Alergias | <input type="checkbox"/> | Liver Disease/Enfermedad del Hgado | <input type="checkbox"/> |
| Anemia | <input type="checkbox"/> | Measles/Sarampion | <input type="checkbox"/> |
| Anxiety/Panic attacks-Ansiedad/Ataque Panico | <input type="checkbox"/> | Mental Illness/Enfermedad Mental | <input type="checkbox"/> |
| Arthritis/Artritis | <input type="checkbox"/> | Migraines/Migranas | <input type="checkbox"/> |
| Asthma/COPD | <input type="checkbox"/> | Multiple Sclerosis or Nerve Disorder | <input type="checkbox"/> |
| Bleeding/Sangrar | <input type="checkbox"/> | Mumps/Paperas | <input type="checkbox"/> |
| Blood Transfusion/Transfusion de sangre | <input type="checkbox"/> | Osteoporosis | <input type="checkbox"/> |
| Cancer | <input type="checkbox"/> | Parasite Infection/Infeccion de parasite | <input type="checkbox"/> |
| Chicken Pox/Varicela | <input type="checkbox"/> | Pneumonia/Pulmonia | <input type="checkbox"/> |
| Colon Disease/Enfermedad del colon | <input type="checkbox"/> | Rheumatic Fever/Fiebre Reumatica | <input type="checkbox"/> |
| Depression/Depresion | <input type="checkbox"/> | Scarlet Fever/Fiebere Escarlata | <input type="checkbox"/> |
| Diabetes | <input type="checkbox"/> | Seizures/Convulciones | <input type="checkbox"/> |
| Epilepsy/Epilepsia | <input type="checkbox"/> | Stroke/Infarto | <input type="checkbox"/> |
| Eye Disease/Enfermedad del Ojo | <input type="checkbox"/> | Thyroid/Tiroides | <input type="checkbox"/> |
| Gallbladder Disease/Enfermedad de vesicula | <input type="checkbox"/> | Transfusion | <input type="checkbox"/> |
| Gout/Acido Urico/Gota | <input type="checkbox"/> | Tuberculosis | <input type="checkbox"/> |
| Heart Disease/Problemas del corazon | <input type="checkbox"/> | Tumors or growth/Tumor | <input type="checkbox"/> |
| Hepatitis | <input type="checkbox"/> | Ulcers/Ulceras | <input type="checkbox"/> |
| HIV or Aids/HIV o Sida | <input type="checkbox"/> | Venereal Disease/Enfermedad Venereas | <input type="checkbox"/> |
| High Blood Pressure/Alta Presion | <input type="checkbox"/> | Whooping Cough/Tos Convulsiva | <input type="checkbox"/> |
| Kidney Disease/Enfermedad de los renones) | <input type="checkbox"/> | | |

ALLERGIES/ALERGIAS

Are you allergic to any medicines/Es usted alergico a algun medicamento. _____

Please list/por favor escriba cuales: _____

PERSONAL HISTORY/HISTORIA PERSONAL

Have you ever had/Usted ha tenido:	No	Yes/Si
Broken Bones/Fractura de Huesos		
Severe head injury/Lesion severa en la cabeza		
Hospital Admissions/Admisiones al Hospital What year?/En que año? What reason?/Por que razon?		
Illness and/or operations. Please list year and reason: Enfermedad o operaciones/Año y razon:		

FOR WOMEN ONLY/SOLO PARA MUJERES	No	Yes/Si
Date of last menstruation period/Fecha de la ultima menstruacion:		
Regular cycle?/Ciclo regular o normal?		
Spotting/Con manchas		
Pain/Con Dolor		
Pre-menstrual dysphoric disorder (mood swings, irritability, tension, bloating) Desorden pre-menstruales (cambios repentinos de estado de animo, irritabilidad, tension, sensacion de inflamacion)		
Are you using birth control/Type Esta usando algun metodo anticontraceptivo?/Que tipo?		
Number of pregnancies?/Numero de embarazos		
Number of births/numero de partos		
Number of abortions/numero de abortos provocados		
Number of miscarriages/numero de abortos expantaneos		
Year of last Pap Test En que año se hizo el ultimo Papanicolau?	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Abnormal
Mammogram/Mamografia	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Abnormal
Breast Exam/Examen de los senos	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Abnormal
Bone Density Test/Examen de densidad de huesos	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Abnormal

IMPORTANT/IMPORTANTE!!!

Failure to come to your first appointment will likely result in **ineligibility** for medical services
Si falta a su primera cita, es probable que **no sea elegible** para recibir servicios médicos.