



- | | | |
|---|--|--------------|
| <input type="checkbox"/> Longview Clinic | 1057 12 th Ave., Longview, WA 98632 | 360-636-3892 |
| <input type="checkbox"/> 14 th Avenue Clinic | 784 14 th Ave., Longview, WA 98632 | 360-703-6400 |
| <input type="checkbox"/> Kelso Clinic | 300 Oak St., Ste. B, Kelso, WA 98626 | 360-353-5511 |
| <input type="checkbox"/> Castle Rock Clinic | 139 1st Ave SW, Castle Rock, WA 98611 | 360-274-2353 |
| <input type="checkbox"/> Woodland Clinic | 1251 Lewis River Rd., Ste. D, Woodland, WA 98674 | 360-225-4310 |
| <input type="checkbox"/> Wahkiakum Clinic | 335 Una Ave., Cathlamet, WA 98612 | 360-795-3201 |
| <input type="checkbox"/> North Beach Clinic | 21610 Pacific Hwy., Ocean Park, WA 98640 | 360-665-3000 |

PATIENT HEALTH HISTORY

Historia médica del paciente

| Name <i>Nombre</i> | Date of Birth <i>Fecha de Nacimiento</i> | Date <i>Fecha</i> |
|---|---|---|
| Medications <i>Medicamentos</i> | Dose <i>La dosis</i> | Frequency <i>Frecuencia de suministro</i> |
| Medical Conditions <i>Condiciones Médicas</i> | | |
| 1 | | |
| 2 | | |
| 3 | | |
| 4 | | |
| 5 | | |
| 6 | | |
| 7 | | |
| 8 | | |
| 9 | | |
| 10 | | |
| Family & Social History <i>Historia Familiar y Social</i> | Age <i>Edad</i> | Health Problems <i>Problemas de Salud</i> |
| Mother/Madre | | |
| Father/Padre | | |
| Brothers/Hermanos | | |
| Sisters/Hermanas | | |
| Others/Otras: | | |
| Smoking? <i>¿Fuma?</i> | <input type="checkbox"/> Current/Actualmente <input type="checkbox"/> Past/Anteriormente <input type="checkbox"/> Never/Nunca Packs per day/Cajetillas al día: | |
| Alcohol Use? <i>¿Consumes alcohol?</i> | <input type="checkbox"/> Yes/Sí <input type="checkbox"/> No Frequency/Frecuencia: | |
| Drug Use? <i>¿Drogas ilícitas?</i> | <input type="checkbox"/> Yes/Sí <input type="checkbox"/> No Type/¿Qué tipo?: | |
| Education Level: <i>Nivel Escolar</i> | Occupation: <i>Ocupación</i> | Previous Jobs: <i>Trabajos Anteriores</i> |
| Surgery/Injuries <i>Cirugías/ Lesiones</i> | Date <i>Fecha</i> | Hospital <i>Hospital</i> |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

| GENERAL <i>En general</i> | Yes <i>Sí</i> | No <i>No</i> | CARDIOVASCULAR <i>Cardiovascular</i> | Yes <i>Sí</i> | No <i>No</i> |
|--|--------------------------|--------------------------|---|--------------------------|--------------------------|
| Have you gained/lost more than 10lbs in the last 6 months? ¿En los últimos 6 meses ha aumentado/bajado más de 6 lbs.? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Have you been told you have high blood pressure? ¿Le han dicho que tiene la presión arterial alta? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Have you lost your interest in eating lately? ¿Ha perdido el apetito últimamente? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Have you been bothered by a racing/thumping heart? ¿Ha tenido palpitaciones fuertes o rápidas? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Is there swelling in your armpits or groin? ¿Tiene hinchazón en las axilas o la ingle? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Do you get pain or tightness in your chest? ¿Siente dolor u opresión en el pecho? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| HEAD AND NECK <i>Cabeza y Cuello</i> | Yes <i>Sí</i> | No <i>No</i> | Does every little effort leave you short of breath? ¿Le falta el aire al hacer poco esfuerzo? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Do you have headaches more than once a week? ¿Tiene dolores de cabeza más de una vez por semana? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Do you have swollen feet or ankles? ¿Tiene molestias de hinchazón en los tobillos o pies? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Do you have lumps or swelling in your neck? ¿Tiene bultos o hinchazón en el cuello? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Do you wake up at night short of breath? ¿Se despierta por las noches por falta de aire? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| EYES <i>Ojos</i> | Yes <i>Sí</i> | No <i>No</i> | MALE ONLY <i>Únicamente para Hombres</i> | Yes <i>Sí</i> | No <i>No</i> |
| Do you wear ¿Usa? <input type="checkbox"/> glasses or <input type="checkbox"/> contacts? <i>anteojos o lentes de contacto?</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Is your urine stream very weak and slow? ¿Le sale el chorro de orina lento y débil? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Have you ever been told that you have glaucoma? ¿Le han dicho que tiene glaucoma alguna vez? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Have you been told you have prostate problems? ¿Le han dicho que tiene problemas en la próstata? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Do you see double? ¿Ve doble? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Have you had burning/discharge from your penis? ¿Tiene dolor/ardor o secreción por el pene? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| EARS <i>Oídos</i> | Yes <i>Sí</i> | No <i>No</i> | Any swelling or lumps in your testicles or penis? ¿Tiene hinchazón o bultos en sus testículos o pene? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Do you have difficulty hearing? ¿Tiene dificultad para oír bien? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Do your testicles get painful? ¿Le duelen los testículos? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Do you have repeated buzzing in your ears? ¿Tiene zumbido frecuentemente en los oídos? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | FEMALE ONLY <i>Únicamente para Mujeres</i> | Yes <i>Sí</i> | No <i>No</i> |
| NOSE AND THROAT <i>Nariz y Garganta</i> | Yes <i>Sí</i> | No <i>No</i> | What was the date of your last period? ¿En qué fecha fue su última regla? | | |
| Do you have facial pain or numbness? ¿Tiene dolor o adormecimiento facial? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Was your last period abnormal? ¿Fue su última regla anormal? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Does your nose run when you do not have a cold? ¿Le da catarro aun sin estar resfriado(a)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Do you have heavy bleeding with your periods? ¿Tiene sangrado fuerte con sus reglas? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Does your nose bleed for no reason at all? ¿Le sale sangre de la nariz sin razón alguna? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Have you had bleeding between your periods? ¿Ha tenido sangrado entre reglas? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Has your voice been hoarse? ¿Ha tenido ronca la voz? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Have you had recent vaginal itching/discharge? ¿Ha tenido comezón o desecho vaginal recientemente? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Do you have difficulty swallowing? ¿Tiene dificultad para tragar? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Do you do monthly breast exams after your period? ¿Se auto examina los senos cada mes después de sus reglas? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| RESPIRATORY <i>Sistema Respiratorio</i> | Yes <i>Sí</i> | No <i>No</i> | Have you noticed any lumps/pain in your breasts? ¿Ha notado bultos o a tenido dolor en sus senos? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Do you wheeze or have to gasp to breathe? ¿Tiene resuello o tiene que jadear para respirar? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Do you use birth control? ¿Toma anticonceptivos? Type Tipo: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Are you bothered by coughing spells? ¿Ha tenido ataques de tos molestos? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Have you had any complications with birth control? ¿Ha tenido complicaciones con los anticonceptivos? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Do you cough up a lot of phlegm? ¿Tose con mucha flema? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Write the month and year of your last PAP smear. Apunte el mes y año de su ultimo frotis del PAP | | |
| Have you ever coughed up blood? ¿Alguna vez ha tosido sangre? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| Do you get a chest cold more than once a month? ¿Le da catarro bronquial más de una vez al mes? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| Do you ever sweat more than usual? ¿Suda más de lo normal? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |

| OBSTETRICAL HISTORY - FEMALE ONLY <i>Obstetricia - Únicamente para Mujeres</i> | Yes Sí | No No | URINARY <i>Sistema Urinario</i> | Yes Sí | No No |
|--|--------------------------|------------------------------|--|--------------------------|--------------------------|
| Number of pregnancies <i>Número de embarazos</i> | | | Do you frequently get up at night to urinate? <i>¿Tiene que levantarse por la noche frecuentemente a orinar?</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Number of children born alive <i>Número de nacimientos vivos</i> | | | Do you have difficulty starting urine flow? <i>¿Tiene dificultad para iniciar el chorro al orinar?</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Number of premature births <i>Número de nacimientos prematuros</i> | | | Is your urine dark or bloody? <i>¿Ha notado su orín oscuro o sangriento?</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Number of miscarriages <i>Número de malpartos</i> | | | NEUROLOGICAL/PSYCHIATRIC <i>Neurológico/Psiquiátrico</i> | Yes Sí | No No |
| Number of stillbirths <i>Número de nacimientos sin vida</i> | | | Are you troubled by depression or anxiety? <i>¿Tiene molestias de depresión o ansiedad?</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Have you ever had an abortion <i>¿Alguna vez aborto?</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Do you use sleeping pills, marijuana, tranquilizers, antidepressants, or pain pills regularly? <i>¿Toma regularmente pastillas para dormir, calmantes, antidepresivos, o pastillas para el dolor?</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| MUSCULOESKELETAL <i>Musculoesquelético</i> | Yes Sí | No No | | | |
| Are you troubled with any pain, stiff muscles/joints? <i>¿Tiene molestias dolorosas en los músculos o articulaciones tiesas?</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Is any part of your body always numb? <i>¿Tiene parte del cuerpo entumido todo el tiempo?</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Are your joints very swollen? <i>¿Tiene las articulaciones muy hinchadas?</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Do you have convulsions or seizures? <i>¿Leudan tenido convulsiones o ataques Epilepticos?</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Are you handicapped in any way? <i>¿Tiene usted algún impedimento?</i> | Yes Sí | No No | Have you ever tried to harm yourself? <i>¿Ha tratado alguna vez de hacerse daño asimismo(a)?</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| DIGESTIVE <i>Digestivo</i> | Yes Sí | No No | OTHER QUESTIONS/RESPONSES <i>Otras preguntas/respuestas</i> | Yes Sí | No No |
| Do you have pain in your stomach? <i>¿Tiene dolor en su estómago?</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | History of Hepatitis? <i>¿Historial de Hepatitis?</i> What type? <i>¿Qué tipo?</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Do you easily become nauseated? <i>¿Le da náuseas fácilmente?</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | History of or exposure to Tuberculosis? <i>¿Historial o exposición la Tuberculosis?</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Have you vomited blood? <i>¿Ha vomitado sangre?</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | History of chemical dependency? <i>¿Historia de dependencia química?</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Are your stools black or tarry? <i>¿Ha notado su excremento oscuro o viscoso?</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Last colon cancer screening? <i>¿Cuándo fue su última prueba de cáncer del colon?</i> Date <i>Fecha:</i> | | <input type="checkbox"/> |
| Do you have bleeding from your rectum? <i>¿Sangra por el recto?</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Any problems with bleeding or blood cell disorder? <i>¿Tiene algún problema de sangrado o trastorno de las células sanguíneas?</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| SKIN <i>Piel</i> | Yes Sí | No No | Who was your last physician? <i>¿Quién fue su último médico de cabecera?</i> | | |
| Do you have any skin problems? <i>¿Tiene problemas de la piel?</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | PLEASE FILL OUT A RELEASE OF PROTECTED HEALTH INFORMATION FORM PRIOR TO SEEING YOUR PROVIDER TODAY <i>Por favor llene una liberación de información médica antes de ver a su médico hoy</i> | | |
| Do you have trouble stopping even small cuts from bleeding? <i>¿Se le dificulta parar el sangrado hasta de cortadas pequeñas?</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| FOR CLINIC USE ONLY <i>Únicamente para el uso del personal</i> | | | | | |
| Reviewed By: | Date: | Date Entered In EPIC: | | | |
| Reviewed By: | Date: | Date Entered In EPIC: | | | |
| Reviewed By: | Date: | Date Entered In EPIC: | | | |