THE AUSTIN DIAGNOSTIC CLINIC

Patient Label

PATIENT HISTORY QUESTIONNAIRE / *HISTORIA CLINICA DEL PACIENTE*

1. Reason for your visit today: _____ **Age:** ____
(Motivo de su visita) *(Edad)*

2. Please indicate with a √ if you have a history of any of these problems. Note any signs or symptoms you have had.
(Por favor indique con una √ si ha tenido problemas en alguno de los siguientes órganos o sistemas, describiendo cualquier signo o síntoma que haya presentado).

☐ **Constitutional Symptoms (Fever, weight loss, fatigue)** _____
(Síntomas generales: Fiebre, pérdida de peso, fatiga,)

☐ **Eyes** _____
(Ojos)

☐ **Ears, Nose, Throat** _____
(Oidos,Nariz y Garganta)

☐ **Thyroid** _____
(Tiroides)

☐ **Lungs** _____
(Pulmonares)

☐ **Heart/Circulation/Murmurs**_____
(Corazón/Circulatorios/Soplos Cardiacos)

☐ **Stomach/bowell** _____
(Estómago/intestínos)

☐ **Liver/Gallbladder** _____
(Hígado/Vesícula biliar)

☐ **Pancreas** _____
(Pancreas)

☐ **Kidneys** _____
(Riñones)

☐ **Genitourinary** _____
(Genitourinarios)

☐ **OB/Gyn** _____
(Ginecobstétricos)

☐ **Muscles/Joints/Bones** _____
(Músculos/Articulaciones/Huesos)

☐ **Blood/Lymph** _____
(Sanguineos/Linfáticos)

☐ **Hypertension** _____
(Hipertensión Arterial)

☐ **Degenerative Disorders(Lupus/Rheumatoid Arthritis)**_____
(Problms.degenerativos:Lupus/Artritis Reumatoide)

☐ **Cancer: Type & Age** _____
(Cáncer: Tipo y Edad)

☐ **Neurological** _____
(Neurológicos)

☐ **Psychiatric**_____
(Psiquiátricos)

☐ **Allergies**_____
(Alergias)

☐ **Infection (TB/VD)**_____
(Infecs: Tuberculosis/Enfs.Venéreas)

☐ **Skin/Breast**_____
(Piel/Senos)

☐ **Diabetes** _____
(Diabetes)

3.

List previous Hospitalizations, Surgeries or Procedures (Endoscopy, Colonoscopy, Sigmoidoscopy/ Dates:) *(Mencione Hospitalizaciones, Cirugías ó Procedimientos previos (Endoscopías, Colonoscopías, Sigmoidoscopías)/Fechas:)*	

4. Medication Allergies: _____
(Alergias a medicamentos)

5.

List medication(s) (drugs, pills) and supplements you are taking : *(Mencione los medicamentos y suplementos que esta tomando)*	

6. What is your social history? ***(Cual es su historia social?)***

Marital Status:	**Single** ☐	**Married** ☐	**Divorced** ☐	**Widow/Widower** ☐
(Estado Civil)	*Soltero(a)*	*Casado(a)*	*Divorciado(a)*	*Viudo(a)*

Please continue to next page. *(Favor de continuar en la siguiente pagina)*

PATIENT QUESTIONNAIRE CONTINUED (Please complete) ***CONTINUACION DE HISTORIA CLINICA DEL PACIENTE (Favor de completar)***

Who lives with you?:_____
(Quien vive con usted?)

Current occupation/employer:_____
(Ocupación actual/empresa ó patrón

Do you now or have you ever smoked? _____
(Fuma ó ha fumado?)

How many packs a day? _____
(Cuantas cajetillas al día?)

For how many years? _____
(Por cuantos años?)

Quit _____ **years ago.**
(Hace cuantos años dejó de fumar?)

Do you or have you ever used illicit drugs? ____
(Usa ó ha usado drogas ilícitas?)

What kind of work?:_____
(Que tipo de trabajo desempeña?)

Do you drink alcohol,or have you in the past?__
(Bebe ó ha bebido alcohol?)

How many drinks per day?_____
(Cuantas copas por día?)

per week? _____ **Per month?** _____
(Por semana?) *(Por mes?)*

Quit _____ **years ago**
(Hace cuantos años dejó de beber?)

If yes, what kind? _____
(En caso afirmativo, que clase?)

7. What is the health status of your family members? (If deceased, please list cause of death & age at death) *(Cual es el estado de salud de sus familiares, si han fallecido, por favor mencione causa de muerte y a que edad fallecieron)*

.

	Yes	No	Present Illnesses *(Enfs.Presentes)*/Causes of Death *(Causas de Muerte)*	
Mother: Alive *(Madre: Viva)*	☐ *(si)*	☐ *(no)*	_____	**Age:**___ *(Edad)*
Father: Alive *(Padre: Vivo)*	☐ *(si)*	☐ *(no)*	_____	**Age:**___ *(Edad)*
Siblings: Alive *(Hermanos: Vivos)*	☐ *(si)*	☐ *(no)*	_____	**Ages:**_____ *(Edades)*

8. Family Illnesses: (history) *(Historia de enfermedades familiares)*

Colon Cancer ☐ **yes** ☐ **no**
(Cáncer de Colon) (si) (no)

Colon Polyps ☐ **yes** ☐ **no**
(Polipos en el Colon) (si) (no)

Ulcerative Colitis ☐ **yes** ☐ **no**
(Colitis ulcerosa?) (si) (no)

Crohn's Disease ☐ **yes** ☐ **no**
(Enf. De Crohn's?)(si) (no)

Other Cancers? ☐ **yes** ☐ **no**
(Otros Canceres) (si) (no)

Liver disease? ☐ **yes** ☐ **no**
(Enf's.Hepáticas/Higado?) (si) (no)

Gallbladder illness ☐ **yes** ☐ **no**
(Enf's. De la Vesícula Biliar?) (si) (no)

Autoimmune(Lupus,RA) ☐ **yes** ☐ **no**
(Enf's.Autoinmunes Lupus/Artritis) (si) (no)

Heart Disease (heart attack, heart failure)
(Enfermedades del corazón, Ataques/Infartos/Insuficiencia cardiaca)

Strokes? ☐ **yes** ☐ **no**
(derrames ó embolias cerebrales) (si) (no)

High blood pressure? ☐ **yes** ☐ **no**
(Hipertensión Arterial?) (si) (no)

Diabetes? ☐ **yes** ☐ **no**
(Diabetes?) (si) (no)

☐ **yes** ☐ **no**
(si) (no)

Type & which relative?:_____
(Tipo y Que familiar?)

Other: _____
(Otros)

Patient's Signature: _____ **Date:** _____
(*Firma del paciente)* *(Fecha)*

Physician's Signature: _____ **Date:** _____
(*Firma del Médico)* *(Fecha)*

THANK YOU/GRACIAS

JRGG/07