

ADULT PRIMARY CARE SERVICES

Patient Self History

Please complete both pages completely

Date: _____

Patient's Date of Birth: _____ Male ☐ Female ☐

Patient's Name: _____

Patient's Telephone #: _____

Patient's Address: _____

Pregnancies:

Total Number: _____ Live newborns: _____ Miscarriages: _____ Abortions: _____

When was your last normal period/menopause? _____

List all the times you have been admitted to the hospital or had surgery

	Where / City	Why - What type	When (approximately)
1			
2			
3			
4			
5			
6			

Medical History: Please check all past or present medical problems and/or symptoms

☐	Anemia	☐	Heart disease	☐	Any other bleeding
☐	Arthritis	☐	Chest pain	☐	Easy bruising
☐	Asthma	☐	High blood pressure	☐	Abnormal vaginal bleeding
☐	Cancer	☐	Kidney	☐	Abnormal penile discharge
☐	Diabetes	☐	Prostate disease	☐	Psychiatric problems
☐	Fibroids	☐	Urinary incontinence	☐	Seizures
☐	Gout	☐	Difficulty urinating	☐	Stroke
☐	Alcoholism	☐	Liver disease	☐	Thyroid disease
☐	Glaucoma	☐	Lung disease	☐	Tuberculosis
☐	Hearing loss	☐	Short of breath	☐	HIV
☐	Visual loss	☐	Ulcers	☐	Sexually transmitted disease
☐	Heart attack	☐	Gastrointestinal bleeding	☐	Drug/substance abuse
☐	Other:				

List all Medications you are currently taking:

Medicine	How often	why

List everything you are allergic to:

--

ADULT PRIMARY CARE SERVICES

Do you smoke? _____ If yes, how much and how often? ☐ Yes ☐ No
Do you drink? _____ If yes, how much and how often? ☐ Yes ☐ No
Do you use street drugs? _____ If yes, what kind and how often? ☐ Yes ☐ No
Your occupation: Check off what you are exposed to regularly ☐ Dust ☐ Fumes ☐ Smoke ☐ Noise
Are you on a special or strict diet? ☐ No ☐ Yes: type _____
What type and how often / much exercise do you do?
What type of non-prescription medicine do you take? Vitamins? Herbal suppliments?
Do you have any special questions you want answered by the staff?

Family history:	Living	Medical problems	Cause of Death & age
Father			
Mother			

Health screening / immunization:

Screening	Results: (normal/abnormal)	Where?	Date (approximately)
Pap smear			
Mammogram			
Chest x-ray			
Physical exam			
Rectal exam			
PSA (prostate)			
Stool for blood			
Sigmoidoscopy			
Colonoscopy			
Cholesterol			
Blood sugar			
TB skin test			
Shots			
Tetanus			
Hepatitis B			
Chicken pox			
Flu			

Provider reviewed signature: _____

Date: _____

ADULT PRIMARY CARE SERVICES
Servicios Primarios de Cuidado de Adultos
 Historial de Paciente
 Favor de llenar completamente

Fecha: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Masculino ☐

Femenina ☐

Nombre de Paciente:
Número de teléfono:
Domicilio:

Embarazos:

Total de embarazos: _____ **cuantos vivos:** _____ **malpartos:** _____ **abortos:** _____

Cuando fue su última menstruación/menopausia? _____

Ha estado hospitalizado / a o ha tenido cirugías

	Donde/Ciudad	Porque – Que tipo	Cuando (aproximadamente)
1			
2			
3			
4			
5			
6			

Historial Medica: Marque problemas / síntomas medicas del pasado o presente

☐	Anemia	☐	Enfermedad de corazón	☐	Otro sangrado
☐	Artritis	☐	Dolor de pecho	☐	Moretes
☐	Asma	☐	Alta presión arterial	☐	Sangrado vaginal anormal
☐	Cáncer	☐	Riñones	☐	Flujo del pene anormal
☐	Diabitis	☐	Enfermedad de próstata	☐	Problemas psiquiátrico
☐	Fibromas	☐	Incontinencia de orinar	☐	Ataques
☐	Gota	☐	Dificultad para orinar	☐	Derrame cerebral
☐	Alcohólico	☐	Enfermedad de hígado	☐	Enfermedad de tiroides
☐	Glaucoma	☐	Enfermedad de pulmones	☐	Tuberculosis
☐	Perdida de oír	☐	Corto respire de aire	☐	VIH
☐	Perdida de visión	☐	Ulceras	☐	Enfermedades transmitidas sexualmente
☐	Ataque de corazón	☐	Sangrado gastrointestinal	☐	Substancia / abuso de drogas
☐	Otros:				

Lista de medicamentos que esta tomando:

Medicamento	Que tan seguido	Porque

Lista de alergias:

--

ADULT PRIMARY CARE SERVICES

¿Usted Fuma ☐ Si ☐ No	¿Si fuma que tanto y que tanto
¿Usted toma ☐ Si ☐ No	¿Si toma que tanto y que tan seguido
¿Usted usa drogas ☐ Si ☐ No	¿Si usa drogas que tipo de y que tan seguido
Su ocupación: Marque a lo que usted está expuesto regularmente. ☐ Polvo ☐ gases ☐ humo ☐ ruido	
¿Está en una dieta especial o restringida ☐ No ☐ Si: que tipo	
¿Qué tipo de ejercicio le hace hace y con qué frecuencia le hace lo hace	
¿Que tipo de medicina sin prescripcion toma usted: ¿Vitaminas ¿Suplementado de hierbas	
¿Tiene usted cualquier pregunta en especial que le gustaria que nuestro personal le contestara	

Historia Familiar:	Vivos	Problemas médicos	Causa de muerte y edad	
Padre				
Madre				

Reviso de salud / vacunas:

Reviso	Resultados (normal/anormal)	Donde	Fecha (aproximadamente)
Papanicolaou			
Monograma			
Radiografía de pecho			
Físico			
Examen de recto			
Próstata			
Excremento para sangre			
Sigmoidoscopia			
Colonoscopia			
Colesterol			
Azúcar sanguínea			
Prueba de tuberculosis			
Vacunas			
Tétano			
Hepatitis B			
Varicela			
Gripa			

Provider reviewed signature: _____

Date: _____