

**PATIENT'S MEDICAL INFORMATION FORM**  
*Formulario de información médica del paciente*

Patient's Full Name: \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)  
*Nombre completo del paciente:*      FIRST                  MIDDLE                  LAST                  NAME KNOWN BY/Nombre conocido por

Age: \_\_\_\_\_ Birth date: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
*Edad:*                  *Fecha de nacimiento:*      MO/Mes      DAY/Día      YEAR/Año      Occupation: \_\_\_\_\_  
*Ocupación:*

Referred by: \_\_\_\_\_ Relationship: \_\_\_\_\_  
*Referidos por:*    *Relación:*

Address of person who referred you: \_\_\_\_\_  
*Dirección de la persona que lo refirió:*

City: \_\_\_\_\_ State: \_\_\_\_\_ Zip Code: \_\_\_\_\_  
*Ciudad:*    *Estado:*    *Código postal:*

Primary Care Physician: \_\_\_\_\_ Doctor's Phone: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
*Médico de atención primaria:*    *Teléfono del doctor:*

Physician's address: \_\_\_\_\_  
*Dirección del médico:*

City: \_\_\_\_\_ State: \_\_\_\_\_ Zip Code: \_\_\_\_\_  
*Ciudad:*    *Estado:*    *Código postal:*

Reason You Are Being Seen: \_\_\_\_\_ Date Problem Began: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
*Razón por la que está siendo visto:*    MO/Mes      DAY/Día      YR/Año

How did this injury happen? \_\_\_\_\_  
*¿Cómo ocurrió esta lesión?*

Was this an accident? YES \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_      Where were you? HOME \_\_\_\_\_ WORK \_\_\_\_\_ CAR \_\_\_\_\_ OTHER \_\_\_\_\_  
*¿Fue un accidente?*      Sí      No      *¿Dónde estabas?*      Casa      Trabajo      Coche      Otros

Have you ever been hospitalized for medical or surgical problems? YES \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_  
*¿Ha sido hospitalizado alguna vez por problemas médicos o quirúrgicos?*      Sí      No

If yes, please describe, including date(s): \_\_\_\_\_  
*Si es así, por favor describa, incluyendo la fecha(s):*

Please describe any outpatient surgeries and dates you have had: \_\_\_\_\_  
*Por favor, describa cualquier cirugía ambulatoria y las fechas que haya tenido:*

Do you smoke? YES \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_      Number of years? \_\_\_\_\_      Number of packs a day? \_\_\_\_\_  
*¿Fumas?*      Sí      No      *Número de años?*      *¿número de paquetes al día?*

Does anyone else in the household smoke? YES \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_  
*¿Alguien más fuma en el hogar?*      Sí      No

Do you drink? YES \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_      Number of drinks per week? \_\_\_\_\_  
*¿Bebes?*      Sí      No      *¿Número de bebidas por semana?*

Do you use recreational drugs? YES \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_  
*¿Usas drogas recreacionales?*      Sí      No

Describe your weekly exercise: \_\_\_\_\_  
*Describe su ejercicio semanal:*

Patient's Full Name: \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)  
Nombre completo del paciente: FIRST MIDDLE LAST NAME KNOWN BY/Nombre conocido por

Have you been told not to take non-steroidal or anti-inflammatory drugs? YES \_\_\_ NO \_\_\_  
¿Se le ha dicho que no tome medicamentos no esteroideos o antiinflamatorios? Sí No

Do you have any changes in your bowel or bladder function, such as incontinence? YES \_\_\_ NO \_\_\_  
¿Tiene algún cambio en la función intestinal o vesical, como la incontinencia? Sí No

Do you have any metal allergies or sensitivities? YES \_\_\_ NO \_\_\_  
¿Tiene alguna alergia o sensibilidad al metal? Sí No

Do you have skin reactions to jewelry, such as rings, necklaces, or earring studs? YES \_\_\_ NO \_\_\_  
¿Tiene reacciones de la piel a la joyería, tales como anillos, collares o espárragos pendientes? Sí No

Do you use oral contraceptive pills or hormone replacement therapy? YES \_\_\_ NO \_\_\_  
¿Utiliza píldoras anticonceptivas orales o terapia de reemplazo hormonal? Sí No

Do you have any of the following?  
¿Tiene alguno de los siguientes?

High blood pressure? YES \_\_\_ NO \_\_\_  
¿Presión alta sanguínea? Sí No

Heart disease? YES \_\_\_ NO \_\_\_  
¿Enfermedad cardíaca? Sí No

Vascular disease/Varicose veins? YES \_\_\_ NO \_\_\_  
¿Enfermedad vascular, varices? Sí No

Blood Clots / DVT? YES \_\_\_ NO \_\_\_  
¿Coágulos de sangre, TVP? Sí No

Stomach / Intestinal problems? YES \_\_\_ NO \_\_\_  
¿Problemas estomacales/intestinales? Sí No

Diabetes? YES \_\_\_ NO \_\_\_  
¿La diabetes? Sí No

Swollen Legs / Lymphedema? YES \_\_\_ NO \_\_\_  
¿Piernas hinchadas / Linfedema? Sí No

Gout? YES \_\_\_ NO \_\_\_  
¿Gota? Sí No

Crohn's disease / ulcerative colitis? YES \_\_\_ NO \_\_\_  
¿Enfermedad de Crohn/Colitis ulcerosa? Sí No

Sleep Apnea? YES \_\_\_ NO \_\_\_  
¿Apnea del sueño? Sí No

Urology problems? YES \_\_\_ NO \_\_\_  
¿Problemas de Urología? Sí No

Neurologic problems? YES \_\_\_ NO \_\_\_  
¿Problemas neurológicos? Sí No

Thyroid disease? YES \_\_\_ NO \_\_\_  
¿Enfermedad de tiroides? Sí No

Depression / Anxiety? YES \_\_\_ NO \_\_\_  
¿Depresión/Ansiedad? Sí No

Asthma / COPD / lung disease? YES \_\_\_ NO \_\_\_  
¿Asma / EPOC / enfermedad pulmonarias? Sí No

Liver disease? YES \_\_\_ NO \_\_\_  
¿Enfermedad hepática? Sí No

Cancer or tumors? YES \_\_\_ NO \_\_\_ Explain: \_\_\_\_\_  
¿Cáncer o tumores? Sí No Explique:

Rheumatoid arthritis / lupus / other autoimmune disease? YES \_\_\_ NO \_\_\_  
¿Artritis reumatoide / lupus / otra enfermedad autoinmune? Sí No

Explain: \_\_\_\_\_  
Explique:

History of Trauma? YES \_\_\_ NO \_\_\_ Explain: \_\_\_\_\_  
¿Historia del trauma? Sí No Explique:

Any other chronic illness? If so, what? \_\_\_\_\_  
¿Alguna otra enfermedad crónica? Si es así, ¿cual?

For women, are you pregnant or plan to be? YES \_\_\_ NO \_\_\_  
Para las mujeres, ¿está embarazada o planea serlo? Sí No

Patient's Full Name: \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)  
Nombre completo del paciente: FIRST MIDDLE LAST NAME KNOWN BY/Nombre conocido por

Do any of your **blood relatives** have any of the following (including your children and deceased relatives)?  
¿Alguno de sus **parientes sanguíneos** tiene alguno de los siguientes (incluyendo a sus parientes difuntos y sus hijos)?

\_\_\_\_\_ Don't know because I am adopted.  
No sé porque soy adoptado.

High blood pressure? YES \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ Which relative(s)? \_\_\_\_\_  
¿Presión alta sanguínea? Sí No ¿Qué pariente (s)?

Heart disease? YES \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ Which relative(s)? \_\_\_\_\_  
¿Enfermedad cardíaca? Sí No ¿Qué pariente (s)?

Vascular disease / Varicose veins? YES \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ Which relative(s)? \_\_\_\_\_  
¿Enfermedad vascular, varices? Sí No ¿Qué pariente (s)?

Swollen Legs / Lymphedema? YES \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ Which relative(s)? \_\_\_\_\_  
¿Piernas hinchadas / Linfedema? Sí No ¿Qué pariente (s)?

Cancer or tumors? YES \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ Which relative(s)? \_\_\_\_\_  
¿Cáncer o tumores? Sí No ¿Qué pariente (s)?

Diabetes? YES \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ Which relative(s)? \_\_\_\_\_  
¿La diabetes? Sí No ¿Qué pariente (s)?

Any other chronic illness? If so, what? \_\_\_\_\_  
¿Alguna otra enfermedad crónica? Si es así, ¿qué?

Which relative(s)? \_\_\_\_\_  
¿Qué pariente (s)?

Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_  
Firma: Fecha: