Health Assessment, Acknowledgement and Consent

PERSONAL INFORMATION (INFORMACION PERSONAL)

Name_____ **Date**_____
(Nombre) (Fecha)

Address_____**City**_____**State**_____**Zip Code**_____
(Dirección) (Ciudad) (Estado) (Código Postal)

Home:_____**Cell:**_____**E-mail:**_____
(Telf. Casa) (Celular)

D.O.B_____/_____/_____ **Age**____ **Sex**_____**Height**_____**Current Weight**_____
(Fecha nacimiento)(mm/dd/yy) (Edad) (Sexo) (Estatura) (Peso)

How many children do you have_____**Marital Status**, **( ) Single**, **( ) Married**, **( ) Divorced**
(Cuantos hijos tienes) (Estado Civil) (Soltero/a) (Casado/a) (Divorciado/a)

How did you hear about us?_____ **If referred, Referred By** _____
(Como escucho de nosotros?) (Referido Por)

MEDICAL HISTORY

1. **(please check is there a history of)**(marque si tiene antecedentes de)

___**Heart Disease**(Enfermedades del corazón)
___**Cancer**(Cáncer)
___**Diabetes**(Diabetes)
___**Liver Disease**(Problemas del hígado)
___**High Blood Pressure**(Presión Alta)
___**Arthritis**(Artritis)
___**Psychiatric Illness**(Enfermedades Psiquiátricos)
___**Autoimmune** (Enfermedades Autoinmunes)
___**Osteoporosis** (Osteoporosis)

___**Neurological Disorders**(Trastornos Neurológicos)
___**Lung Disease (Asthma)**(Problemas Pulmonares/Asma)
___**HIV**(VIH)
___**Stomach Disorders**(Trastornos estomacales)
___**Bladder Disease**(Enfermedad de la vejiga)
___**Substance Abuse**(Abuso de Sustancias)
___**Bruise Easy**(Hematomas que aparecen con facilidad)
___**Bleeding Problen**(Problemas de Sangrado)
___**Weight Control**(Descontrol de Peso)

2. **Allergies**(Alergias) _____

3. **Have you seen a doctor in the last 3 years?**
(Ha consultado a un doctor en los últimos 3 años?)

Doctor's Name: _____

Phone: _____

4. **Please list any surgical procedures you have had (including plastic surgery) along with the approximation date:**
(Haga una lista de procedimientos quirúrgicos a los que se halla sometido (incluyendo cirugía plástica) junto con la fecha)

_____

_____

5. **Please list ALL medications you are currently taking:**
(Haga una lista de TODOS los medicamentos que actualmente está tomando)

_____

_____

6. **Do you have any history of problems with anesthesia?**
(Ha tenido problemas con anestesia?)

_____

7. **Procedure that you would like to discuss with the physician:**
(Que procedimientos le gustaría discutir con el doctor?)

_____

8. **Do you Smoke?** (Fuma?)_____

If yes, how much? (cuanto?)_____**Pack(s)/day**

How long? (Desde hace cuanto tiempo?)_____

9. **Do you drink Alcohol?** (Toma Alcohol?) _____

If yes, how much? (cuanto?)_____

How often?(Que tan seguido?) _____

10. **List any Serious Illnesses and/or Accidents:**
(Haga una lista de alguna enfermedad seria o accidente)

_____

Patient Signature: _____ **Date:** _____
(Firma del Paciente) (Fecha)