

Telephone: Teléfono: (376) 765 3692 sam@drthelin.com www.drthelin.com

Patient Health History Questionnaire

Cuestionario de Historial de Salud del Paciente

All questions contained in this questionnaire are confidential and will become part of your medical record.
Todas las preguntas contenidas en este cuestionario son confidenciales y formarán parte de tu expediente.

Name / Nombre First, Middle, Last Primero, Segundo, Apellidos		Gender Género	Date of Birth: Fecha de nacimiento: / / Day / Month / Year Día / Mes / Año
Marital Status: Estado Civil: ☐ Single Soltero ☐ Partnered Unión Libre ☐ Married Casado ☐ Separated Separado ☐ Divorced Divorciado ☐ Widowed Viudo			
Name of previous or referring doctor: Nombre del médico previo:		Date of last medical visit: Fecha de la última visita médica: / / Day / Month / Year Día / Mes / Año	
Your Address: Street: Tu domicilio: Calle:		Street No Calle No	Colonia: Colonia:
City: Ciudad:	State: Estado:	Country: País:	Codigo Postal: Código Postal:
Telephone Numbers: Home: Números de teléfono: Casa:		Cellular: Celular:	Other: Otro:
E-mail Address: Correo electrónico:		E-mail Address 2: Correo electrónico:	

How did you learn about us? ☐ Friend ☐ Other doctor ☐ Other
¿Cómo supiste de nosotros? Amigo Otro médico Otro (nómbalo)

If you were referred to us, who referred you?

Si fuiste referido con nosotros, ¿quién te refirió?

What is your reason for today's visit and completing this history? ☐ Update history information ☐ New Patient

☐ To have information on file in case of an emergency ☐ Other

¿Cuál es el motivo de esta visita y por la cual te encuentras llenando este cuestionario? 1) actualizar información, 2) nuevo paciente, 3) tener información en caso de una emergencia, 4) otro (anótalo)

PERSONAL HEALTH HISTORY

HISTORIA PERSONAL DE SALUD

Childhood illness:

Enfermedades durante la infancia:

☐ Measles ☐ Mumps ☐ Rubella ☐ Chickenpox ☐ Rheumatic Fever ☐ Polio ☐ Other
 sarampión Paperas Rubeóla Varicela Fiebre Reumática Polio Otra (anótala)

Immunizations and most recent dates – month/year:

Imunizaciones con fechas más recientes
Mes y año.

☐ Tetanus Tetanos	/	☐ Diphtheria, Tetanus, Pertussis Difteria, Tetanos, Pertusis	/
☐ Diphtheria and Tetanus Difteria y Tetanos	/	☐ Yellow Fever Fiebre amarilla	/
☐ Chickenpox Varicella	/	☐ Typhoid Tifoidea	/
☐ BCG Tuberculosis Tuberculosis BCG	/	☐ Haemophilus Meningitis Meningitis haemophilus	/
☐ Poliovirus Poliovirus	/	☐ Papillomavirus 6, 18 Cervarix Papilomavirus	/
☐ Measles, Mumps, Rubella Sarampeon, Paperas, Rubeóla	/	☐ Papillomavirus 6, 11, 16, 18 Gardasil Papilomavirus 6, 11, 16, 18 Gardasil	/
☐ Hepatitis A Hepatitis A	/	☐ Pneumonia 7 Valent Neumonía Valente 7	/
☐ Hepatitis B Hepatitis B	/	☐ Pneumonia 13 Valent Neumonía Valente 13	/
☐ Hepatitis A and B Hepatitis A y B	/	☐ Pneumonia 23 Valent Neumonía Valente 23	/
☐ Influenza A (H1N1) Influenza A (H1N1)	/	☐ Shingles – Zoster Herpes Zoster	/
☐ Influenza AB Trivalent Influenza trivalente AB	/	☐ Rabies Rabia	/
☐ Influenza AB Quadrivalent Influenza AB Tetraivalente	/	☐ Other (Adenovirus, Anthrax, Smallpox, etc.) Otra (Adenovirus, Anthrax, Viruela, etc.)	/

LIST ANY DIAGNOSED MEDICAL PROBLEMS. NOTE IF IT IS A PAST OR CURRENT MEDICAL PROBLEM, AND THE APPROXIMATE DIAGNOSIS DATE.

ANOTA LOS PROBLEMAS MÉDICOS QUE HAYAN SIDO DIAGNOSTICADOS. ESPECIFICA SI SON PROBLEMAS PASADOS O SON ACTUALES. ANOTA LA FECHA APROXIMADA DE DIAGNOSTICO.

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.
- 6.
- 7.
- 8.
- 9.
- 10.
- 11.
- 12.

Surgeries / Cirugías

[illegible]

Other hospitalizations / Otras hospitalizaciones

[illegible]

Prior Diagnostic Tests – Have you had any of the following tests? / Pruebas de diagnóstico: ¿Has tenido alguno de los siguientes estudios?

Date / Fecha	Reason / Motivo
☐ Biopsy / Biopsia ☐ Tumor Markers / Marcadores Tumorales	
☐ Bone Density Test / Densitometria Osea	
☐ CAT Scan / TAC ☐ MRI / RM	
☐ Cardiac or Carotid Doppler / Doppler Cardíaco o Carotideo	
☐ Cardiac Stress Test / Prueba de Esfuerzo Cardíaco	
☐ Chest or Abdomen X-ray / Radiografía de Tórax o Abdomen	
☐ Colonoscopy ☐ Esophageal Endoscopy	
☐ Echosonogram / Ecosonograma	
☐ Electrocardiogram / EKG - ECG	
☐ Electroencephalogram / EEG	
☐ Mammogram / mamografía	

Allergies or adverse reactions to medications, foods, or other substances
Alergias o reacciones adversas a algún medicamento, alimentos u otras sustancias

Name of drug or other substance Nombre de la sustancia	Reaction you had Reacción que tuviste

HEALTH HABITS AND PERSONAL SAFETY
HÁBITOS DE SALUD Y SEGURIDAD PERSONAL

All drug and Alcohol questions contained in this “Health Habits” section are optional and will be kept confidential.
Todas las preguntas acerca de drogas y alcohol contenidas en “Hábitos de salud” son opcionales y serán tratadas confidencialmente

Exercise Ejercicio	☐ Sedentary (No exercise) Sedentario (sin ejercicio)
	☐ Mild exercise (climb stairs, walk three blocks, golf) Ejercicio Medio (subir escaleras, caminar tres cuadras, golf)
	☐ Occasional vigorous exercise (work or real exercise, but less than 4 times per week for 30 minutes) Ejercicio riguroso ocasionalmente (trabajar, ejercicio intenso, pero menos de 4 veces a la semana durante 30 minutos)
	☐ Regular vigorous exercise (real intentional exercise at least 4 times per week for 30 minutes or more) Ejercicio riguroso frecuente (ejercicio intencional más de 4 veces a la semana durante más de media hora)

Alergias o reacciones adversas a algún medicamento, alimentos u otras sustancias

Name of drug or other substance

Nombre de la sustancia

Reaction you had

Reacción que tuviste

HEALTH HABITS AND PERSONAL SAFETY

HÁBITOS DE SALUD Y SEGURIDAD PERSONAL

All drug and Alcohol questions contained in this “Health Habits” section are optional and will be kept confidential.

Todas las preguntas acerca de drogas y alcohol contenidas en "Hábitos de salud" son opcionales y serán tratadas confidencialmente

Exercise

Ejercicio

- ☐ Sedentary (No exercise)
Sedentario (sin ejercicio)

- ☐ Mild exercise (climb stairs, walk three blocks, golf)
Ejercicio Medio (subir escaleras, caminar tres cuerdas, golf)

- ☐ Occasional vigorous exercise (work or real exercise, but less than 4 times per week for 30 minutes)
Ejercicio riguroso ocasionalmente (trabajar, ejercicio intenso, pero menos de 4 veces a la semana durante 30 minutos)

- ☐ Regular vigorous exercise (real intentional exercise at least 4 times per week for 30 minutes or more)
Ejercicio riguroso frecuente (ejercicio intencional más de 4 veces a la semana durante más de media hora)

Diet Dieta	Are you dieting? ¿Estás llevando una dieta?		☐ Yes Sí	☐ No No	
	If yes, what type of diet? Si sí, ¿qué tipo de dieta?				
	Number of meals you eat in an average day? ¿Cuántas comidas ingieres en promedio al día?				
	Fat Intake Consumo de grasa		☐ High Alto	☐ Med Mediano	☐ Low Bajo
	Soft Drink intake Ingesta de refrescos		☐ High Alto	☐ Med Mediano	☐ Low Bajo
Caffeine Cafeína	☐ None Ninguno	☐ Coffee Café	☐ Tea Té	☐ Cola or other soft drink Refresco de cola u otra bebida	Number of cups or cans per day? Número de tazas o latas al día
Alcohol Alcohol	Do you drink alcohol? ¿Consumes bebidas alcoholicas?		☐ Yes sí	☐ No No	If yes, what kind? Si sí, ¿de qué tipo?
	How many drinks per week on average? ¿Cuántas bebidas consumes en promedio a la semana?				
	Are you concerned about the amount you drink? ¿Estás preocupado sobre el riesgo de la cantidad que bebes?				☐ Yes Sí ☐ No No
	Are you trying to stop? ¿Estás tratando de dejarlo?				☐ Yes Sí ☐ No No
	Have you in the last year experienced lack of memory or passing out from drinking? ¿Has experimentado amnesia o inconciencia a causa de bebidas alcohólicas en el último año?				☐ Yes Sí ☐ No No
	Do you prefer to drink in "binges" rather than every day? ¿Prefieres beber en exceso a veces, en lugar de diario?				☐ Yes Sí ☐ No No
Tobacco Tabaco	Do you use tobacco? ¿Usas productos de tabaco?				☐ Yes Sí ☐ No No
	☐ Cigarettes: How many per day? Cigarrillo: ¿Cuántos al día?		☐ Chew: Times per day? Masticables: ¿Cuántas veces al día?		☐ Pipe: How many hours per day? Pipa: ¿Cuántas horas al día?
	☐ Cigars: Number per day? Puros: ¿Cuántos al día?		Years since started? ¿A qué edad iniciaste?		Or years since quit? ¿Hace cuánto tiempo que lo dejaste?
Drugs Drogas	Have you ever taken "street" drugs (drugs made without quality control) with a needle? ¿Has ingerido alguna vez "drogas callejeras" (drogas hechas sin control de calidad) utilizando una aguja?				☐ Yes Sí ☐ No No
	Did you use drugs long-term? ☐ Yes ☐ No ¿Las usaste durante un largo plazo? Sí No		Do you currently use recreational drugs? ¿Actualmente consumes drogas recreativas?		☐ Yes Sí ☐ No No
	What are, or what were the specific drugs? ¿Cuáles son o cuáles eran las drogas?				
Sex Sexo	Are you sexually active? ☐ Yes ☐ No ¿Eres sexualmente activo? Sí No		If yes, are you attempting a pregnancy? Si sí, ¿estás intentando lograr un embarazo?		☐ Yes Sí ☐ No No
	If not attempting a pregnancy, list contraceptive or contraceptive method used: Si no estás intentando lograr un embarazo, anota los métodos anticonceptivos que utilizas:				
	Any discomfort with intercourse? Alguna incomodidad durante el coito?		☐ Yes Sí ☐ No No	Other: Otra (anótala)	
Personal Safety Seguridad personal	Do you live alone? ☐ Yes ☐ No ¿Vives solo? Sí No				
	Do you have frequent falls? ¿Tienes caídas frecuentes?		☐ Yes Sí ☐ No No	If yes, how many times in the last 12 months? Si sí, ¿cuántas veces en los últimos 12 meses?	
	Have any of the falls in the last 12 months resulted in fractures or serious injuries? ¿Has tenido fracturas o lesiones graves por caídas en los últimos 12 meses?				☐ Yes Sí ☐ No No

Personal Safety Seguridad personal	Do you have vision loss? ¿Tienes pérdida de visión?	☐ Yes Sí	☐ No No
	Do you have hearing loss? ¿Tienes pérdida auditiva?	☐ Yes Sí	☐ No No
	Do you have balance problems? ¿Tienes problemas con tu equilibrio?	☐ Yes Sí	☐ No No
	Can you perform hygiene, dressing, cooking, and shopping tasks independently? ¿Puedes realizar tareas de higiene, vestirse, cocinar y comprar de forma independiente?	☐ Yes Sí	☐ No No
	Do you have and use a personal safety alarm in case of emergency? ¿Tienes y usas una alarma de seguridad en caso de emergencia?	☐ Yes Sí	☐ No No
	Do you have an Emergency Medical Plan in México? If yes, where is it? ¿Tienes un Plan de Emergencia Médica en México? Si sí, ¿Dónde se encuentra?	☐ Yes Sí	☐ No No
	Would you like information on the preparation of an Emergency Medical Plan ? ¿Quisieras información sobre la preparación de un Plan de Emergencia Médica?	☐ Yes Sí	☐ No No
	Is anyone authorized to make emergency medical decisions if you are incapacitated? ¿Hay alguien autorizado para tomar decisiones médicas por ti en caso de que estés discapacitado?	☐ Yes Sí	☐ No No
Do you have a copy of this notarized "Mexican" authorization document that we can keep on file in case of such an event or situation? ¿Tienes una copia del documento de autorización notarial "mexicano" que podemos guardar en el archivo en caso de alguna situación?	☐ Yes Sí	☐ No No	

MENTAL HEALTH
SALUD MENTAL

Is stress a major problem for you? ¿Tienes problemas por el estrés?	☐ Yes Sí	☐ No No
Do you have problems with eating or your appetite? ¿Tienes problemas con la comida o con tu apetito?	☐ Yes Sí	☐ No No
Do you have phobias or unrealistic fears? ¿Tienes fobias o miedo exagerado?	☐ Yes Sí	☐ No No
Do you experience sadness lasting days or weeks at a time, or cry frequently? ¿Experimentas tristeza que dura días o semanas, o lloras frecuentemente?	☐ Yes Sí	☐ No No
Have you seriously thought about hurting yourself within the last year? ¿Has pensado en hacerte daño durante el último año?	☐ Yes Sí	☐ No No
Do you have trouble sleeping? ¿Tienes problemas para conciliar el sueño?	☐ Yes Sí	☐ No No

FAMILY HEALTH HISTORY (GENETICS HISTORY) HISTORIA DE SALUD FAMILIAR (HISTORIA GENÉTICA)							
<i>Note with their age if they are still living.</i> <i>Anótalos con su respectiva edad si ellos aún viven.</i>							
	CURRENT AGE OR AGE AT DEATH EDAD ACTUAL O EDAD AL MORIR		SIGNIFICANT HEALTH PROBLEMS, OR CAUSE OF DEATH PROBLEMAS SIGNIFICATIVOS DE SALUD O CAUSAS DE MUERTE		AGE EDAD	SIGNIFICANT HEALTH PROBLEMS/ POBREMAS SIGNIFICATIVOS DE SALUD	
Father Padre				Children (Only list those with health problems) Niños (Sólo nombra a los que tengan problemas de salud)	☐ Male Masculino ☐ Female Femenino		
Mother Madre					☐ Male Masculino ☐ Female Femenino		
Siblings / Hermanos	☐ Male Masculino ☐ Female Femenino				☐ Male Masculino ☐ Female Femenino		
	☐ Male Masculino ☐ Female Femenino				☐ Male Masculino ☐ Female Femenino		
	☐ Male Masculino ☐ Female femenino			☐ Male Masculino ☐ Female Femenino			
	☐ Male Masculino ☐ Female Femenino			☐ Male Masculino ☐ Female Femenino			
	☐ Male Masculino ☐ Female Femenino			Grandmother Maternal <i>Abuela materna</i>			
	☐ Male Masculino ☐ Female Femenino			Grandfather Maternal <i>Abuelo materno</i>			
	☐ Male Masculino ☐ Female femenino			Grandmother Paternal <i>Abuela paterna</i>			
	☐ Male Masculino ☐ Female Femenino			Grandfather Paternal <i>Abuelo paterno</i>			

WOMEN ONLY
SÓLAMENTE MUJERES

Age at onset of menstruation:

Fecha de tu primera menstruación:

Date of last menstruation (or date of menopause):

Fecha de tu última menstruación (o fecha de la menopausia):

Period cycle is every _____ days. How many days does it last?

Tu ciclo del periodo es cada _____ días. ¿Cuántos días dura tu periodo?

Have you had heavy periods, irregularity, spotting, pain, or discharge?

¿Has tenido periodos irregulares, con dolor o con secreción?

☐ Yes
Sí

☐ No
No

Number of pregnancies

Número de embarazos

Number of live births

Número de niños nacidos vivos

Number of cesareans

Número de cesáreas

Number of abortions

Número de abortos

Miscarriages

Abortos espontáneos

Were there any complications?

¿Tuviste alguna complicación?

Are you pregnant or breastfeeding?

¿Estás embarazada o lactando?

☐ Yes
Sí

☐ No
No

Do you get frequent yeast infections, especially from antibiotic use?

¿Tienes vulvovaginitis frecuente por candida, especialmente debido el uso de antibióticos?

☐ Yes
Sí

☐ No
No

Have you had a dilation and curettage?

¿Tuviste dilatación y legrado?

☐ Yes
Sí

☐ No
No

Have you had a hysterectomy? If so, what was approximate date (year)?

¿Has tenido una histerectomía? Si es así, ¿qué fecha fue aproximadamente (año)?

☐ Yes
Sí

☐ No
No

Have you had a urinary tract, bladder, or kidney infections within the last year?

¿Has tenido infecciones del tracto urinario, vejiga o riñón en el último año?

☐ Yes
Sí

☐ No
No

Have you had blood in your urine in the last year?

¿Has tenido sangre en la orina en el último año?

☐ Yes
Sí

☐ No
No

Have you had problems with control of urination?

¿Has tenido problemas con el control de tu orina?

☐ Yes
Sí

☐ No
No

Have you had recently hot flashes or sweating at night?

¿Has tenido sofocos o sudoración durante la noche recientemente?

☐ Yes
Sí

☐ No
No

Do you have menstrual tension, pain, bloating, irritability, or other symptoms at or around time of period?

¿Durante tu menstruación has experimentado tensión, dolor, irritabilidad o algunos otros síntomas?

☐ Yes
Sí

☐ No
No

Have you experienced any recent breast tenderness, lumps, or nipple discharge?

¿Has notado algún cuerpo extraño recientemente en tus senos, bultos o secreción proveniente del pezón?

☐ Yes
Sí

☐ No
No

Are you using any birth control device or medication?

¿Estás usando algún dispositivo anticonceptivo o algún medicamento anticonceptivo?

☐ Yes
Sí

☐ No
No

Have you used hormone replacement therapy for more than one year?

¿Has usado terapia de reemplazamiento de hormonas por más de un año?

☐ Yes
Sí

☐ No
No

Date of last Papanicolaou "Pap" test and/or rectal exam

Fecha del último examen "Papanicolaou" y/o examen rectal

MEN ONLY
SÓLAMENTE HOMBRES

Do you usually get up to urinate during the night? ¿Te levantas a orinar varias veces durante la noche?	☐ Yes Sí	☐ No No
If yes, approximately how many times in an average night? Si sí, ¿aproximadamente cuántas veces te levantas durante la noche?		
Do you feel pain or burning with urination? ¿Sientes dolor o molestia al momento de orinar?	☐ Yes Sí	☐ No No
Is there any blood in your urine? ¿Hay sangre en tu orina?	☐ Yes Sí	☐ No No
Do you feel a burning discharge from penis? ¿Tienes secreciones con sensación de ardor en el pene?	☐ Yes Sí	☐ No No
Has the force of your urination decreased? ¿Ha disminuido la fuerza de flujo de micción?	☐ Yes Sí	☐ No No
Have you had any kidney, bladder, or prostate infections within the last 12 months? ¿Has tenido alguna infección de riñón, vejiga o próstata en los últimos 12 meses?	☐ Yes Sí	☐ No No
Do you have any problems emptying your bladder completely? ¿Tienes problemas para vaciar completamente la vejiga?	☐ Yes Sí	☐ No No
Is there any difficulty with erection or ejaculation? ¿Existe alguna dificultad con la erección o la eyaculación?	☐ Yes Sí	☐ No No
Is there any testicle pain or swelling? ¿Existe dolor o hinchazón en uno o ambos testículos?	☐ Yes Sí	☐ No No
Have you had a prostate exam? If so, When was last one? Was it PSA or sonogram? ¿Te has hecho un examen de próstata? Si es así, ¿cuándo fue la última vez? ¿Fue por PSA o sonograma?	☐ Yes Sí	☐ No No

OTHER PROBLEMS
OTROS PROBLEMAS

Check if you have, or have had any symptoms in the following areas to a significant degree and briefly explain.
Verifica si tienes o has tenido alguno de los siguientes problemas y explícalos brevemente.

☐	Recent loss in weight: If Yes, how many kilograms or pounds in last six months? Pérdida reciente de peso, en caso afirmativo, anota cuánto perdiste en los últimos 6 meses.	☐ Kg. ☐ Lbs. kilos libras
☐	Weight gain: If yes, how much weight gained in last 6 months? Ganancia de peso. Si tu respuesta es afirmativa, ¿cuánto peso ganaste en los últimos 6 meses?	☐ Kg. ☐ Lbs. kilos libras
☐	Energy level change Cambio de nivel de energía	
☐	Ability to sleep Dificultad para dormir	

Have you had or do you have any of the following? Please check, and add comment if necessary.

¿Tienes o has tenido cualquier de los siguientes? Por favor marca el recuadro y añade comentarios en caso de ser necesario.

EYES / OJOS			
☐ Glaucoma Glaucoma		☐ Blurred vision Visión borrosa	
☐ See floating spots Ver puntos flotantes		☐ Double vision? ¿Experimentas visión doble?	
☐ Macular degeneration Degeneración macular	Dry ☐ Seca	Wet ☐ Húmeda	☐ Cataracts Cataratas
☐ Straight lines distorted Líneas rectas con distorsión		☐ Wear glasses, contact lenses Uso de anteojos o lentes de contacto	
☐ Dry eyes Ojos resecos		☐ Other Otro (Anótalo)	
EARS / NOSE / THROAT / OIDOS-NARIZ-GARGANTA			
☐ Earaches or ear drainage Dolor de oído(s) o exudado de oído(s)		☐ Deafness / Hearing aids Sordera o uso de aparatos auditivos	
☐ Frequent colds / hoarseness/sore throat Resfriados frecuentes, ronquera, dolor en tu garganta.		☐ Ringing in ears Zumbido de oídos	
☐ Swollen lymph nodes Ganglios linfáticos hinchados		☐ Nose bleeds Sangrado en tu nariz	
☐ Phlegm/sputum Flemas o secreción		☐ Runny nose, post nasal drip Secreción nasal, secreción nasal posterior	
☐ Bleeding from gums Sangrado de encías		☐ Dentures Dentaduras	
☐ Dizziness or vertigo Mareos o vértigo		☐ Frequent sinus infections Infecciones sinusales frecuentes	
☐ Frequent sore throat or tonsillitis Dolor de garganta o amigdalitis frecuente		☐ Loose teeth Dientes flojos	
☐ Sores on your tongue Llagas en tu lengua		☐ Difficulty chewing Dificultad al masticar	
☐ Mouth ulcers Úlceras en la boca		☐ Other Otro (Anótalo)	
CHEST / TORAX			
☐ Persistent cough Tos frecuente		☐ Asthma Asma	
☐ Wheezing Sibilancias		☐ Cough up blood Tos con sangre	
☐ Snoring Ronquidos		☐ Coughing up white foamy phlegm Secreciones espumosas y blancas	
☐ Shortness of breath Falta de aire		☐ Sleep apnea Apnea durante el sueño	
☐ Palpitations/irregular beats Palpitaciones o latidos irregulares		☐ Lung disease Enfermedad pulmonar	
☐ High blood pressure Presión sanguínea elevada		☐ Heart trouble Problemas cardiacos	
☐ Blood clots in lungs or legs Trombos de sangre en los pulmones, piernas u otra área		☐ Dizziness / fainting Mareos / desmayos	
☐ Discomfort in legs when walking Dolor o incomodidad en las piernas al caminar		☐ Swelling in ankles Tobillos hinchados	

☐ Discomfort with heat in leg(s) at rest Molestia con calor en piernas durante reposo	☐ Pain while taking a deep breath Dolor por inspirar profundamente
☐ Pain / pressure / discomfort in chest Dolor, presión o incomodidad en el pecho	☐ Poor circulation Problemas con la circulación
☐ Pain under lower front rib cage Dolor debajo de la caja torácica frontal inferior	☐ Other Otro (Anótalo)
ABDOMEN / ABDOMEN	
☐ Nausea / vomiting Náusea / vómito	☐ Indigestión / Heartburn Indigestión o acidez estomacal
☐ Ulcers Úlceras	☐ Hiatal hernia Hernia hiatal
☐ Loss of appetite Pérdida de apetito	☐ Gallbladder problems Problemas con la vesícula biliar
☐ Abdominal pain Dolor abdominal	☐ Intolerance to certain foods. <i>If so, list on page 5 under allergies.</i> Intolerancia a ciertos alimentos. <i>Si sí, nómbralos en "alergias" en página 5.</i>
☐ Change in bowel habits Cambio en los hábitos intestinales	☐ Pulse sensation Sensación pulsante
☐ Constipation Estreñimiento	☐ Diarrhea Diarrea
☐ Pain in rectum Dolor en el recto	☐ Bloody / black bowel movements Excremento con sangre
☐ Excess gases Exceso de gases	☐ Other Otro (anótalo)
URINARY TRACT / TRACTO URINARIO	
☐ Kidney or bladder problems Problemas en los riñones o en la vejiga	☐ Discomfort passing urine Dolor al orinar
☐ The urge to urinate at night Ganas de orinar durante la noche más de lo normal	☐ Loss of urine when coughing or sneezing Incontinencia de orina al toser o estornudar
☐ Trouble making a stream Dificultad al orinar con flujo normal	☐ Reoccurring urinary tract infection Infección recurrente del tracto urinario
☐ Kidney stones Cálculos renales	☐ Difficulty with sexual ability Dificultad sobre la capacidad sexual
☐ Sexually-transmitted disease Enfermedad de transmisión sexual (anótala)	☐ Other Otro (anótalo)
LYMPH NODES AND HEMATOLOGIC / HEMATOLÓGICO Y GANGLIOS LINFÁTICOS	
☐ Swelling with pain Hinchazón con dolor	☐ Swelling without pain Hinchazón sin dolor
☐ Unexplained bruising Moretones sin explicación	☐ Anemia Anemia
☐ Night sweats Sudor por la noche	☐ Other Otro (anótalo)
MUSCLES/NERVES/SKELETAL / MÚSCULOS, NERVIOS, HUESOS	
☐ Broken bones Huesos rotos o fracturados	☐ Difficult to walk and/or stand Dificultad al caminar y/o sentarse
☐ Bursitis Bursitis	☐ Pain in upper back Dolor en espalda superior
☐ Muscle weakness Músculos débiles	☐ Pain / swelling in joints (arthritis) Dolor / hinchazón en las articulaciones (artritis)
☐ Headaches, frequent / severe Dolores de cabeza severos y/o frecuentes	☐ Neuropathy (pain, numbness, burning) Neuropatía (dolor, entumecimiento, ardor)

☐ Convulsions / seizures Convulsiones	☐ Migraine headaches Dolores causados por migraña
☐ Tremor Temblor	☐ Paralysis Parálisis
☐ Neck pain Malestar en el cuello	☐ Lower back pain Dolor de espalda baja
☐ Pain / numbness / tingling around mouth Dolor / entumecimiento / ardor u hormigueo en la boca	☐ Ocular migraine Migraña ocular
☐ Choking or coughing when swallowing Ahogar o tos al tragar	☐ Hallucinacions Alucinaciones
☐ Loss of range of motion Pérdida de sensibilidad o movimiento	☐ Other Otro (anótalo)
SKIN / PIEL	
☐ Sores that do not heal Llagas o heridas que no sanan	☐ Easily bruised Piel muy sensible / moretones fácilmente
☐ Acne Acné	☐ Rashes Erupciones
☐ Pigmentation problems (lighter, darker, moles) Problemas de pigmentación en la piel	☐ Dry and/or Itchy Piel seca o con ardor
☐ Overly sensitive (to touch, light, temperature, etc.) Demasiada sensibilidad en la piel (tocar, luz, Temp., etc.)	☐ Other Otro (anótalo)
ENDOCRINE / ENDOCRINA	
☐ Feel warmer / colder than others / thyroid disease Sientes más frío o más calido que otras personas / enfermedad de tiroides	☐ Hair loss Pérdida de cabello
☐ Diabetes Diabetes	☐ Excess thirst Sed excesiva
☐ Skin seems to tan more easily recently Tu piel se broncea más fácilmente que lo normal	☐ Other Otro (anótalo)
MENTAL STATUS / ESTADO MENTAL	
☐ Depression/Suicidal thoughts within the last year Depresión / pensamientos suicidas en el último año	☐ Difficulty with memory Dificultad para recordar algo
☐ Irritability Irritabilidad	☐ Anxiety Ansiedad
☐ Difficulty going to sleep Dificultad para conciliar el sueño	☐ Other Otro (anótalo)
CONSTITUTIONAL / CONSTITUCIONAL	
☐ Energy level change Cambio de nivel de energía	☐ Feeling of panic Sensación de pánico
☐ Fatigue Fatiga	☐ Stamina Resistencia
☐ Fever / chills Fiebre / escalofríos	☐ Confusion Confusión

If an **MRI** (Magnetic Resonance Imaging) is necessary, we need to know if you have any metallic implants (including staples often used in laparoscopic surgeries), prosthesis, shrapnel, bullets, or implanted medical devices that we should take into consideration. Non-magnetic metal is not an automatic exclusion, but it can cause heat during the process, and we need to be aware of its existence, size, and location, and its temperature will need to be monitored during the imaging study. Most surgically-implanted devices are rated as **SAFE** (CAN HAVE MRI), **UNSAFE** (CAN NEVER HAVE MRI), or **CONDITIONAL** (SAFE UNDER SPECIFIC CONDITIONS) for use within an MRI machine.

Si se necesita una resonancia magnética (imágenes por resonancia magnética), debemos saber si tienes implantes metálicos (incluyendo grapas que son comunes por cirugía laparoscópica), prótesis, residuos metálicos, balas o dispositivos médicos implantados que debemos tener en cuenta. El metal no magnético no es una exclusión automática, pero puede causar calor durante el proceso, y debemos ser conscientes de su existencia, tamaño y ubicación, y su temperatura deberá ser monitoreada durante el estudio de imágenes. La mayoría de los dispositivos implantados quirúrgicamente están clasificados como **SEGURO** (PUEDE REALIZARSE RM), **NO SEGURO** (NUNCA SE PUEDE REALIZAR RM) o **CONDICIONAL** (SE PUEDE REALIZAR RM, PERO BAJO CONDICIONES ESPECÍFICAS) para su uso dentro de una máquina de MRI.

Do you have a magnetic metal inside your body such as steel shrapnel? ¿Tienes algún metal magnético insertado en tu cuerpo como metralla (fragmento de acero o hierro)? If yes, where? Si sí, ¿dónde?	YES SI		NO NO	
Do you have any non-magnetic metal such a titanium or stainless steel? ¿Tienes algún implante no magnético como titanio, acero inoxidable o algún residuo metálico? If yes, where? Si sí, ¿dónde?	YES SI		NO NO	
Do you have metal implanted, but unsure what type? ¿Tienes algún implante pero desconoces su composición? If yes, where? Si sí, ¿dónde?	YES SI		NO NO	

If you have the documentation for your implant or prosthesis that tells its characteristics, please indicate it here: Si cuentas con alguna información que nos proporcione las características de tu implante, por favor indícalo aquí:

IN CASE OF EMERGENCY / EN CASO DE EMERGENCIA

When treating your medical condition(s), which of the following are most important for your doctor and nurse to consider?
 Al tratar una situación médica, ¿cuál de los siguientes puntos es más importante resaltar?

☐ Cost of regular care and treatment Costo de cuidados y tratamiento regulares	☐ Effectiveness of regular care or treatment Efectividad de cuidados regulares o de tratamiento
☐ Cost of emergency care Costo de cuidados en caso de emergencia	☐ Quality of emergency care Calidad de cuidados de emergencia
☐ Cost of regular medications Costo de medicación regular	☐ Effectiveness of medications Efectividad del medicamento
☐ Low risk of procedures Riesgo de los procedimientos	☐ Reliability of procedures Efectividad de procedimientos
☐ Rapid access to emergency medical care Acceso rápido a cuidados de emergencia	☐ Strong pain control during any procedures or emergency care Control de dolor fuerte durante procedimientos o cuidados de emergencia
☐ Including you in all medical decisions ¿Te incluyen en todas las decisiones médicas?	☐ Other Otro (anótalo)

What hospital(s) are your preference in case of:

Qué hospital(es) prefieres en caso de:

Heart Attack Ataque cardíaco			
Stroke Evento vascular cerebral			
Major Trauma Trauma mayor			
Other Otro			

Are you an organ Donor? ☐ **Yes** ☐ **No**
 ¿Eres donante de órganos? Sí No

In an emergency, do you agree to release your medical records to treating facilities and related medical professionals? ☐ **Yes** ☐ **No**
 En una emergencia, ¿aceptas divulgar tus registros médicos a las instalaciones de tratamiento y a los profesionales médicos relacionados? Sí No

Do you give permission that your data can be used anonymously for teaching, training, or presentation purposes? ☐ **Yes** ☐ **No**
 ¿Contamos con tu consentimiento para el uso de tus datos de manera anónima con fines de enseñanza, capacitación o presentación? Sí No

EMERGENCY CONTACTS

Contactos para emergencias

Emergency Contact 1 Contacto para Emergencias	Emergency Contact 2 Contacto para Emergencias
<i>Name of local Friend (can be spouse or partner).</i> <i>Nombre de tu contacto local (puede ser esposo(a) o pareja)</i>	<i>Name of local friend or relative not living with you.</i> <i>Nombre de tu contacto local (alguien que no viva contigo)</i>
Name: Nombre	Name: Nombre
Relationship: Parentesco	Relationship: Parentesco
Landline Telephone: Teléfono fijo	Landline Telephone: Teléfono fijo
Cellular Telephone: Número celular	Cellular Telephone: Teléfono celular

Emergency Contact 3 Contacto para Emergencias	Emergency Contact 4 Contacto para Emergencias
<i>Name of non-local Friend or Family Member</i> <i>nombre de un amigo o familiar no local</i>	<i>Name of non-local Friend or Family Member</i> <i>nombre de un amigo o familiar no local</i>
Name: Nombre	Name: Nombre
Relationship: Parentesco	Relationship: Parentesco
Landline Telephone (include country code): Teléfono fijo (con código del país)	Landline Telephone (include country code): Teléfono fijo (con código del país)

Do you have any special requests in case of an emergency? Include religious views if relevant. ¿Tienes algunas consideraciones en especial en caso de emergencia? Incluye consideraciones religiosas si son relevantes.

Emergency Insurance Information
INFORMACIÓN SOBRE SEGURO DE EMERGENCIA

Do you have any insurance policy? ☐ Yes ☐ No If yes, what is the type(S)? What company(ies)? ¿Tienes alguna póliza de seguro? Si no Si sí, ¿de qué tipo? Y ¿qué compañía?			
What is the policy number or numbers? ¿Cuál es el número o números de pólizas?			
What is the best way to contact your insurance company in case of an emergency? ¿Cuál es la mejor manera de contactar a tu compañía de seguros en caso de emergencia?			
If you do not have insurance, do you have the financial means to enter a private hospital? (typically \$5,000mxn to 50,000mxn to enter) ☐ Yes ☐ No Si no tienes seguro, ¿tienes los medios financieros para ingresar a un hospital privado? (comunmente \$ 5,000mxn a 50,000mxn para ingresar)			
If you have the funds to enter a private hospital, which of your emergency contacts has access to it? ¿Si cuentas con fondos para ingresar a un hospital privado, quién de tus contactos de emergencia tiene acceso a ellos?			
Emergency contact 1 ☐ Contacto para emergencias	Emergency contact 2 ☐ Contacto para emergencias	Emergency contact 3 ☐ Contacto para emergencias	Emergency contact 4 ☐ Contacto para emergencias
Other person ☐ Otra persona	Name of contact: Nombre del contacto:		Telephone: Teléfono:

FOREIGN INSURANCE / SEGURO EXTRANGERO

This information is necessary in the event that you need to be transported out of Mexico, and taken back to your country for treatment that would be covered by insurance in your home country. Esta información es necesaria en caso de que tengas que ser trasladado fuera de México y llevado de vuelta a tu país para recibir tratamiento.

If you are from Canada (or another country where you have insurances that covers you there) please, answer the following questions: Si eres de Canadá (u otro país donde tienes un seguro que te cubre en tu país) por favor, responde las siguientes preguntas:

What is your insurance name? (example: OHIP for Ontario, Canada) ¿Cuál es el nombre de tu seguro? (ejemplo: OHIP, para Ontario, Canadá)
What country and providence (or state, etc.) provides the insurance? ¿Qué país y providencia (o estado, etc.), proporciona tu seguro?
What is the insurance number? ¿Cuál es tu número de seguro?
Please, write the phone number to that insurance provider Por favor, escribe el número de teléfono del proveedor de tu seguro.

AMBULANCE INFORMATION:

*(VERSIÓN ESPAÑOL EN LA SIGUIENTE PÁGINA)

Do you have a preference of ambulance services in case an ambulance is required? ☐ Yes ☐ No

If yes, who is your first and second choice? ☒ First Choice:

☒ Second Choice:

☒ If other, please specify:

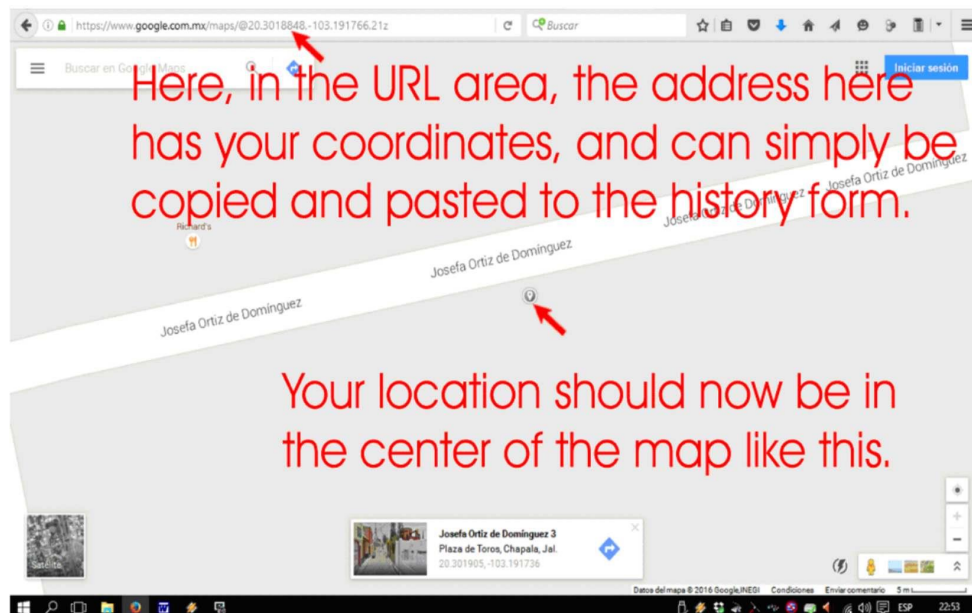
**Finding a specific location using a given address in many areas of Mexico can be difficult due to poorly identified streets, inconsistent street numbering, poor illumination of streets and house numbers, etcetera. Completing the following optional information could greatly assist any emergency responders needing to find your house.*

- What color is your house or residence?
 - What color is the house to the left of yours (assuming you are facing your front door)?
 - What is the house number of the house to the left of yours?
 - What color is the house to the right of yours (assuming you are facing your front door)?
 - What is the house number of the house to the right of yours?
 - Is there anything specific that you think would help someone find your house?
-
- Can you give the exact latitude and longitude coordinates of your house?
Latitude: Longitude:

* An easy way to find your latitude and longitude is to use Google Maps.

1. Go to: <https://www.google.com.mx/maps/@20.3,-103.2z>

2. The above web address will take you to central Chapala, from there you can drag the map to where you are, then zoom in until your residence is in the center of the map, like this map view:



3. Paste the URL address here:

Información de ambulancia

¿Tienes preferencia de servicios de ambulancia en caso de ser necesario? ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, ¿quién es tu primera y segunda opción?

☐ Primera elección:

☐ Segunda opción:

☐ Si es otro, por favor especifica:

* Encontrar una ubicación específica usando una dirección dada en muchas áreas de México puede ser difícil debido a las calles mal identificadas, la numeración inconstante de las calles, la mala iluminación de las calles y los números de las casas, etcétera. Completar la siguiente información opcional podría ser de gran ayuda para cualquier emergencia que necesites para encontrar tu dirección.

- ¿De qué color es tu casa o residencia?
- ¿De qué color es la casa a la izquierda de tu casa (suponiendo que estás en frente de la puerta de entrada)?
- ¿Cuál es el número de la casa que está a la izquierda tu casa?
- ¿De qué color es la casa que está a la derecha de tu casa (suponiendo que estás en frente a la puerta de entrada)?
- ¿Cuál es el número de la casa que está a la derecha de tu casa?
- ¿Hay algo específico que pienses que ayudaría a alguien a encontrar su casa?

- ¿Puedes dar las coordenadas exactas de latitud y longitud de tu casa?

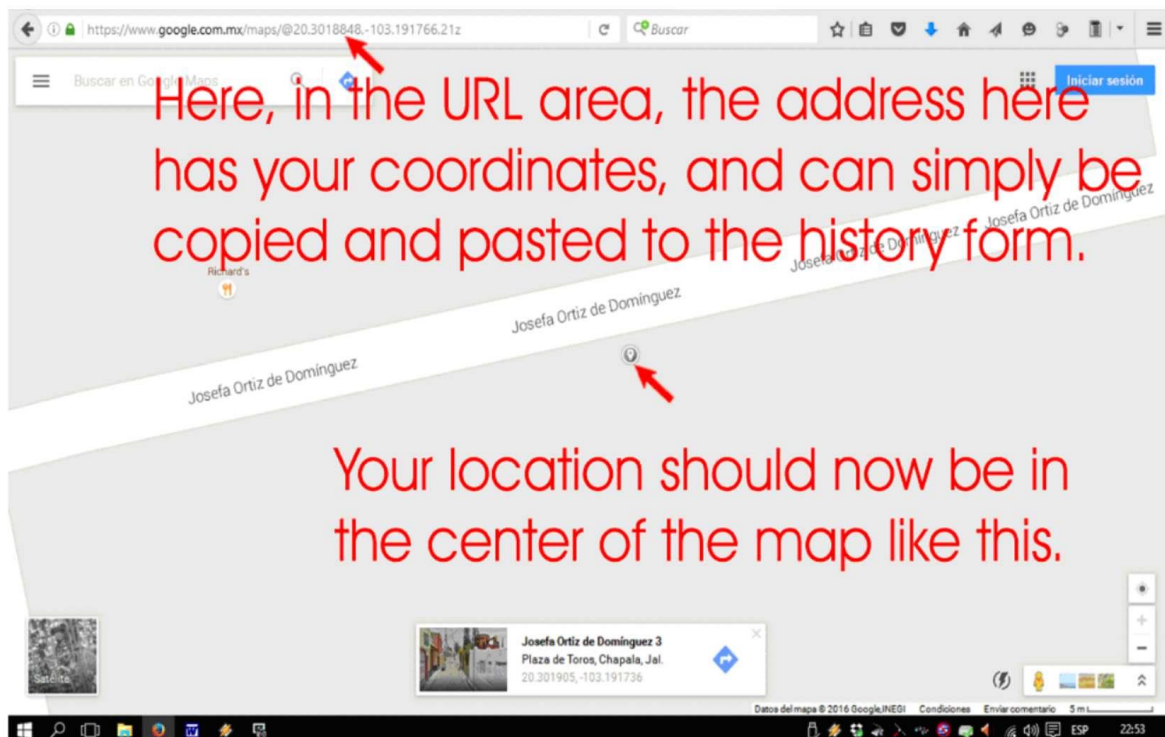
Latitud:

Longitud:

* Una manera fácil de encontrar tu latitud y longitud es usar Google Maps.

1. Ingresa a: <https://www.google.com.mx/maps/@20.3,-103.2z>

2. La dirección web (URL) anterior te llevará al centro de Chapala, desde allí puedes arrastrar el mapa a donde te encuentras, y luego acercar hasta que tu residencia esté en el centro del mapa, como esta tercera vista del mapa:



3. Pega tu dirección URL aquí:

DO NOT WRITE BELOW THIS LINE

----- NO ESCRIBA DEBAJO DE ESTA LÍNEA -----

Form Reviewed by:
Información revisada por:

Date: / /
Fecha

Name - Electronic Signature Nombre – Firma Electrónica

Vital Signs / Signos Vitales

Arterial Pressure: / mm/Hg.	Weight: Kg.
Presión Arterial:	Peso:
Mean Arterial Pressure: mm/Hg.	Height: cm.
Presión Arterial Media	Estatura:
Heart Rate: beats per minute	Body Mass Index:
Ritmo Cardíaco Latidos por minuto	índice de masa corporal
Oxygen Saturation: %	
Saturación de oxígeno	
Temperature °C	
Temperatura	
Respiration Rate: per minute	
Frecuencia respiratoria por minuto	

MEDICAL NOTES:

NOTAS MÉDICAS: