

- HIV TESTING OR COUNSELING .....  Yes  No Prueba del VIH o consejería
- ULCERS.....  Yes  No Ulceras
- BLOOD IN URINE OR STOOL .....  Yes  No Sangre en la orina o excremento
- SEIZURES .....  Yes  No Convulsiones
- CANCER.....  Yes  No Cáncer
- TROUBLE WITH VISION OR HEARING.....  Yes  No Problema con la visión o audición
- OTHER.....  Yes  No Otros

Have you ever been hospitalized or had surgery? Alguna vez ha estado hospitalizado (a) o tenido cirugía?

DATE / FECHA

REASON / Razón

DATE / FECHA	REASON / Razón
_____	_____
_____	_____
_____	_____

**FAMILY HISTORY**

Does anyone in your family (**blood relative**) have any of the following? Please name your relationship with the relative list and give their age. (Example Sister/25 Yrs or Father/65 Yrs)

Tiene Ud. historia clínica familiar de lo siguiente? Por favor mencione el parentesco con el familiar que anota y proporcione la edad Ejemp Tio/ 56 años; hermana/25 años; padre 65 años

- THYROID DISEASE / Enfermedad de la tiroides \_\_\_\_\_
- BREAST CANCER / Cáncer del seno \_\_\_\_\_
- COLON CANCER / Cáncer del colon \_\_\_\_\_
- OTHER CANCER (Specify) / Otro tipo de cáncer (especifique) \_\_\_\_\_
- HEART ATTACK / Ataque cardíaco \_\_\_\_\_
- DIABETES OR SUGAR / Diabetes \_\_\_\_\_
- STROKE / Embolia \_\_\_\_\_
- HIGH BLOOD PRESSURE / Alta presión arterial \_\_\_\_\_
- DEPRESSION/MENTAL ILLNESS / Depresión/enfermedad mental \_\_\_\_\_
- TUBERCULOSIS / Tuberculosis \_\_\_\_\_
- ALCOHOLISM / Alcoholismo \_\_\_\_\_
- ANEMIA OR LOW BLOOD \_\_\_\_\_
- OTHER / Otro \_\_\_\_\_

if you were born between 1940 –1971, did your mother take hormones when she was pregnant with you? Tomó su madre hormonas cuando ella estaba embarazada de usted? ( Nacidos entre 1940-1971) ¿

I have reviewed this history with the patient. / He revisado esta historia con el (la) paciente

Patient Signature / Firma del paciente \_\_\_\_\_ Date / Fecha \_\_\_\_\_ Clinician Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

HOW MAY WE CONTACT YOU? / Cómo podemos contactarlo (a)?

- Mail Current Address / Correo \_\_\_\_\_
- Telephone / Teléfono # \_\_\_\_\_
- Other / Otro \_\_\_\_\_