

- 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 _____