

ADULT HEALTH HISTORY
COUNTY BOH

Client Name _____
DOB: _____
SS# or PT # _____

DATE: ____ / ____ / ____

Why are you here today? Por que razón está usted aquí hoy? _____

Medication Allergies? - If yes, please name and describe reaction _____

Tiene alergias a medicamentos? ____ Describa la reacción _____

Current Medications (including birth control): _____

Medicinas que toma actualmente (incluyendo anticonceptivos): _____

Number of Sex Partners in the last year? _____ Sex of Your Partner(s): Male _____ Female _____

Número de parejas sexuales en el último año? _____ Sexo de su pareja: Femenino _____ Masculino _____

Age When Sex Began? _____ Edad de Inicio de Relaciones Sexuales? _____

When was the last time you had sex? _____ What are you using to prevent pregnancy? _____

Cuándo fue la última vez que tuvo relaciones sexuales? _____ Qué método anticonceptivo está usando o tomando? _____

Age when your periods started _____ Edad de la Primera Menstruación _____

Total Number of Pregnancies _____ Date of your last pregnancy or miscarriage/abortion ____ / ____ / ____

Número de embarazos _____ Fecha del último embarazo o aborto: ____ / ____ / ____

Premature Births: _____ # Abortions / Miscarriages _____ # Living Children: _____ Are you Breastfeeding? _____

Niños prematuros _____ Abortos _____ Niños vivos _____ Esta dando pecho ahora? _____

First Day of Last Menstrual Period ____ / ____ / ____ # of Days Menstrual Period lasted: _____

Primer día de su último periodo menstrual _____ Cuántos días duró? _____

Date of Last Pap: ____ / ____ / ____ Was it Normal? Yes No

Fecha de su último Papanicolaou _____ Fue normal? Si _____ No _____

Do you exercise daily? Yes No Hace ejercicio diariamente? Si No

Do you drink alcohol? Yes No How much and how often? _____

Toma alcohol? Si No Cuánto y qué tan seguido? _____

Do you use drugs? Yes No What do you use? _____ How often? _____

Usa drogas? Si No Qué drogas? _____ Cada cuánto? _____

Have you ever smoked? Yes No Do you smoke now? Yes No How much per day? _____

Alguna vez ha fumado? Si No Fuma ahora? Si No Cuánto? _____

Have you ever had any of the following? (Please circle yes or no) If YES, please give date and explain.

- | | | |
|-------------------------------|--|--|
| ANEMIA | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | Anemia |
| GALLBLADDER DISEASE | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | Enfermedad de la vesicular biliar |
| THYROID DISEASE | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | Enfermedad de la tiroides |
| ABNORMAL PAP SMEAR | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | Papanicolaou anormal (no normal) |
| MAMMOGRAM / DATE _____ | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | Mamografía / Fecha _____ |
| BREAST PROBLEMS | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | Problemas con los senos |
| HIGH BLOOD PRESSURE | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | Alta presión arterial |
| SEVERE HEADACHES | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | Dolores de cabeza severos |
| DIABETES | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | Diabetes |
| BLOOD CLOTS IN LUNGS OR LEGS | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | Coágulos de sangre en los pulmones o las piernas |
| STROKE | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | Embolia |
| HEART DISEASE OR MURMUR | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | Enfermedad del corazón o soplo |
| SEXUALLY TRANSMITTED DISEASE | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | Enfermedad sexualmente transmitida (venérea) |
| TUBAL OR ECTOPIC PREGNANCY | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | Embarazo ectópico o fuera de la matriz |
| DEPRESSION OR NERVOUS DISEASE | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | Depresión o enfermedad nerviosa |
| TUBERCULOSIS | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | Tuberculosis |
| HEPATITIS OR LIVER DISEASE | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | Hepatitis o enfermedad del hígado |