

**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 Menstruacion \_\_\_\_\_

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                |