

Date <i>Fecha de hoy:</i>	Best phone to reach you <i>Número telefónico:</i>
Name <i>Nombre y apellido:</i>	Email <i>Correo electrónico:</i>
Street <i>Domicilio:</i>	Occupation <i>Ocupación:</i>
City, ST, Zip <i>Ciudad, Estado, Código Postal:</i>	Primary Doctor <i>Médico de cabecera:</i>
Date of Birth: <i>Fecha de nacimiento (m/d/a):</i>	How did you hear about us?: <i>¿Cómo se enteró acerca de nosotros?:</i>
Preferred Pronoun: <i>Título: Sr. / Sra. / Srta.</i>	Name you go by: <i>Nombre que prefiere llamarse:</i>
HEALTH HISTORY <i>HISTORIAL DE SALUD:</i>	Emergency Contact <i>Contacto de emergencia:</i>
Main Complaint <i>Queja principal:</i>	How much sleep do you get on average? (CIRCLE ONE) <i>¿Duerme lo suficiente en promedio? (Escoje uno)</i>
When did this start? <i>¿Cuándo empezó?:</i>	Enough Not Enough Hardly Any Too Much <i>Suficiente No lo suficiente Apenas Demasiado</i>
Better with: heat cold rest activity moisture <i>Mejora con: calor frío reposo actividad humedad</i>	Do you have any trouble digesting food? <i>¿Tiene alguna dificultad para digerir la comida?</i>
Worse with: heat cold rest activity moisture <i>Empeora con: calor frío reposo actividad humedad</i>	Yes (Sí) No (No) Sometimes (A veces)
Does this issue interfere with your life? Y N <i>¿Este problema interfiere con su vida?:</i> Sí No	How often do you move your bowels? With ease? <i>¿Con qué frecuencia tiene la evacuación intestinal? ¿Con facilidad?</i>
Secondary Complaint <i>Queja secundaria:</i>	Do you have enough energy to get through your day? <i>¿Tiene suficiente energía para pasar el día?</i>
When did this start? <i>¿Cuándo empezó?:</i>	Yes (Sí) No (No) Sometimes (A veces)
Better with: heat cold rest activity moisture <i>Mejora con: calor frío reposo actividad humedad</i>	Anything else you want us to know about you? <i>¿Hay algo más que quiera que sepamos sobre usted?</i>
Worse with: heat cold rest activity moisture <i>Empeora con: calor frío reposo actividad humedad</i>	Check any that apply <i>Marque lo que corresponda:</i>
Does this issue interfere with your life? Y N <i>¿Este problema interfiere con su vida?:</i> Sí No	<input type="checkbox"/> Depression <i>Depresión</i>
	<input type="checkbox"/> Hard to focus <i>Difícil concentrarse</i>
	<input type="checkbox"/> Dizziness or Vertigo <i>Mareo o Vértigo</i>
	<input type="checkbox"/> Anxiety or Nervousness <i>Ansiedad o Nervios</i>
	<input type="checkbox"/> Excessive Fear <i>Miedo excesivo</i>
	<input type="checkbox"/> Excessive Anger or Irritability <i>Cólera excesiva o Irritabilidad</i>
	<input type="checkbox"/> Weight Loss or Gain <i>Pérdida o Aumento de peso</i>
	<input type="checkbox"/> Fatigue or always tired <i>Fatiga o cansado todo el tiempo</i>
	<input type="checkbox"/> Hepatitis C <i>Hepatitis C</i>
	<input type="checkbox"/> HIV <i>VIH</i>
	<input type="checkbox"/> COPD <i>Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)</i>
	<input type="checkbox"/> Breast Lump <i>Nódulo mamario</i>
When was your last complete medical exam? <i>¿Cuándo fue su último examen médico completo?</i>	<input type="checkbox"/> Cancer <i>Cáncer</i>
	<input type="checkbox"/> Auto-immune Disorder <i>Trastorno autoinmune</i>

CIRCLE ALL EXPERIENCED IN PAST YEAR *Encierra en un círculo todo lo que ha experimentado en el último año*

PAIN DOLOR	HEART & CIRCULATION CORAZÓN Y CIRCULACIÓN
Neck Cuello	Cold hands and feet Manos y pies fríos
Shoulder Hombro	Swelling of ankles or edema Hinchazón de tobillos o edema
Back: upper-mid- low Espalda: alto- medio- bajo	High or low blood pressure La presión arterial alta o baja
Arm, Elbow, Wrist Brazo, codo, muñeca	Chest pain Dolor en el pecho
Leg, Knee, Ankle Pierna, rodilla, tobillo	Pain over heart Dolor por encima del corazón
Hands or Feet Manos o pies	Previous heart attack Ataque cardíaco previo
Cramps or spasms Calambres o espasmos	Tachycardia (rapid heart beat) Taquicardia (latidos rápidos)
Swollen joints-where? Articulaciones inflamadas ¿dónde?	Palpitations (irregular heart beat) Palpitaciones (latidos cardíacos irregulares)
Weakness or Numbness Debilidad o entumecimiento	DIGESTION DIGESTIÓN
Fibromyalgia Fibromialgia	Excess belching or gas Exceso de eructos o gases
Nerve Pain-where? Dolor de nervio, ¿dónde?	IBS, Crohn's, colitis Síndrome del intestino irritable, Enfermedad de Crohn, colitis
Headaches or migraines Dolores de cabeza o migrañas	Bloating Distensión abdominal / Hinchazón
BREATHING-EARS-EYES-NOSE-THROAT RESPIRACIÓN-OREJAS-OJOS-NARIZ-GARGANTA	History chronic digestive disorder Historial de trastorno digestivo crónico
Asthma or wheezing Asma o sibilancias	Constipation Estreñimiento
Shortness of breath Falta de aliento	Diarrhea Diarrea
Persistent cough Tos persistente	Difficulty swallowing Dificultad para deglutir / tragar
Vision Problems Problemas de la vista	Stomach ulcers Úlceras estomacales
Eye pain Dolor en los ojos	Hemorrhoids Hemorroides
Ear pain Dolor de oído	Indigestion or Reflux Indigestión o reflujo / acidez
Ringing in ears or hearing loss Zumbido en los oídos o pérdida de la audición	Gallstones or Gall bladder pain Cálculos biliares o dolor de vejiga
Hay fever or allergies Fiebre del heno o alergias	Nausea or Vomiting Náuseas o vómitos
Sinus problems / post nasal drip Síntomas de senos nasales o goteo post-nasal	Pain over stomach Dolor por encima del estómago
Mouth Sores, bleeding gums Llagas en la boca, encías sangrantes	Poor appetite Falta de apetito
Difficulty swallowing Dificultad para deglutir / tragar	Excessive hunger Hambre excesiva
Frequent colds Resfriados frecuentes	CIRCLE ALL THAT APPLY Encierra en un círculo todos lo que apliquen
Enlarged glands Agrandamiento de las glándulas	Erection difficulties Problemas de erección
Hoarseness Ronquera	Penis discharge Secreción del pene
Nose bleeds Hemorragias / Sangrados nasales	Prostate issues Problemas de la próstata
SKIN PIEL	Lowered libido Disminución de la libido
Eczema or psoriasis Eccema o psoriasis	Bleeding between periods Sangrado entre períodos/reglas
Bruise easily Le sale moretones con facilidad	Clots in menses Coágulos en la menstruación
Dryness Sequedad	Excessive menstrual flow Flujo menstrual abundante
Rash: bug bite, poison ivy Erupción: picadura, hiedra venenosa	Scanty menstrual flow Flujo menstrual escasa
Sore won't heal Llagu que no se cura	Extreme menstrual pain Dolor menstrual insoportable
Excessive Sweating Sudoración excesiva	Irregular cycle Ciclo menstrual irregular
BLADDER VEJIGA	Menopausal symptoms Síntomas de la menopausia
Blood/pus in urine Sangre / pus en la orina	PMS Síndrome premenstrual
Frequent urination Micción frecuente	Previous miscarriage Aborto involuntario anterior
Inability to control urine Incapacidad para controlar la micción	Fertility treatments Tratamientos de fertilidad
Kidney infection/stones Infección / piedras del riñón	I am pregnant wks. Estov embarazada semanas

SIGNATURE: The Information on this form is correct to the best of my knowledge.

FIRMA Yo certifico que la información en este formulario es correcta y la verdad a lo mejor de mi conocimiento.

Signature (Firma) _____ Date (Fecha) _____

CIRCLE ALL EXPERIENCED IN PAST YEAR *Encierra en un círculo todo lo que ha experimentado en el último año*

SIGNATURE: The Information on this form is correct to the best of my knowledge.

FIRMA Yo certifico que la información en este formulario es correcta y la verdad a lo mejor de mi conocimiento.

Signature (*Firma*) _____ Date (*Fecha*) _____

CIRCLE ALL EXPERIENCED IN PAST YEAR *Encierra en un círculo todo lo que ha experimentado en el último año*

SIGNATURE: The Information on this form is correct to the best of my knowledge.

FIRMA Yo certifico que la información en este formulario es correcta y la verdad a lo mejor de mi conocimiento.

Signature (*Firma*) _____ Date (*Fecha*) _____