

GENERAL SURGERY HEALTH HISTORY (HISTORIA DE SALUD DE CIRUGÍA GENERAL)

First Name (Nombre):	NOTE: This form provides information about your healthcare history, is confidential, and part of your medical record. If you do not understand a question or word, please ask for assistance. <i>(Este formulario proporciona información sobre su historial médico, es confidencial, y es parte de su archivo médico. Si usted no entiende alguna pregunta o alguna palabra, por favor pida ayuda.)</i>
Last Name (Apellido):	
Primary Care Doctor/Provider (Médico de atención primaria):	
Race/Ethnicity (Raza/Etnicidad):	
Preferred Language (Idioma Preferido):	

MEDICAL HISTORY (HISTORIAL MÉDICO)

Diagnosis (Diagnóstico)	Yes (Sí)	No	Diagnosis (Diagnóstico)	Yes (Sí)	No	Diagnosis (Diagnóstico)	Yes (Sí)	No
Breast cancer (Cáncer de mama)			Breast mass (Masa en la mama)			Fibrocystic breast (Mastopatía fibroquística)		
Thyroid nodule (Nódulo tiroideo)			GI bleeding (Hemorragia gastrointestinal)			Diverticulitis (Diverticulitis)		
Colon cancer (Cáncer del colon)			Rectal bleeding (Sangrado rectal)			Colon polyps (Pólipos del colon)		
Chronic constipation (Estreñimiento crónico)			Anal fissure (Fisura anal)			Hemorrhoids (Hemorroides)		
Irritable bowel syndrome (IBS) (Síndrome de intestino irritable)			Inflammatory Bowel Disease (IBD) (Enfermedad inflamatoria del intestino)			Food Allergy/Intolerance (Alergia a los alimentos/Intolerancia)		
Reflux/Gerd (Reflujo)			Pancreatitis (Pancreatitis)			Wound infection (Infección de la herida)		

Other medical history (Otro historial médico):

SURGICAL HISTORY (ANTECEDENTES QUIRÚRGICO)

Diagnosis (Diagnóstico)	Yes (Sí)	No	Diagnosis (Diagnóstico)	Yes (Sí)	No	Diagnosis (Diagnóstico)	Yes (Sí)	No
Brain surgery (Cirugía cerebral)			Cholecystectomy (Colecistectomía)			Cosmetic surgery (Cirugía estética)		
Heart valve replacement (Reemplazo de válvula del corazón)			Hemorrhoids (Hemorroides)			Hernia repair (Reparación de hernia)		
CABG – Coronary artery bypass grafting (Cirugía de revascularización coronaria)			Colon surgery (Cirugía del colon)			Small intestine surgery (Cirugía de intestino delgado)		
Fracture surgery (Cirugía de fractura)			Colonoscopy (Colonoscopia)			Appendectomy (Apendectomía)		
Low back surgery (Cirugía de la espalda)			Anal Surgery (Cirugía Anal)			Reflux Surgery (Reflujo)		
Joint replacement (Reemplazo articular)			Prostate Surgery (Male Only) (Cirugía de Próstata – Hombres)			Tubal ligation (Female only) (Ligadura de trompas – Sólo Mujeres)		
Oophorectomy (Female only) (Ooforectomía)			Breast surgery (Female only) (La cirugía de mama)			Hysterectomy (Female only) (Histerectomía – Sólo Mujeres)		

Other surgical history (Otro historial de cirugía):

FAMILY HISTORY (ANTECEDENTES FAMILIARES)

Relationship (Relación)	Alcohol/Drug (Alcohol/Drogas)	Cancer (Cáncer)	Early death (Muerte Temprana)	Heart Disease (Enfermedad del Corazón)	Stroke (Derrame cerebral)	Smoker (Fumador)
Mother (Madre)						
Father (Padre)						
Sister (Hermana)						
Brother (Hermano)						

Additional Relatives (Parientes Adicionales):

Adopted (Adoptado/a)

SOCIAL HISTORY (HISTORIA SOCIAL)

Tobacco Use (Uso del Tabaco): Yes (Sí) No **Packs per day** (Paquetes por día): .25 .5 1 1.5 2 3 _____

Years of use (Años de uso): .5 1 2 3 4 5 10 15 _____ **Quit date** (mm/dd/yyyy): _____
 (Fecha de cuando dejó de usarlo - mm/dd/año): _____

Smokeless Tobacco (Tabaco sin humo/de mascar): Yes (Sí) No **Quit date** (mm/dd/yyyy): _____
 (Fecha de cuando dejó de usarlo - mm/dd/año): _____

Ready to Quit (Listo para dejar de usar el tabaco) Yes (Sí) No

Comment (Comentario): _____

Alcohol Use (Uso de Alcohol): Yes (Sí) No **Comment** (Comentario): _____

<p>Drinks/Week: _____ glasses of wine (copas de vino) (Bebidas/Semana) _____ cans of beer (latas/botes de cerveza) _____ shots of liquor (tragos de licor) _____ drinks containing 0.5 oz of alcohol (bebidas con un contenido de 0.5 onzas de alcohol)</p>	<p>Alcohol/Week (Alcohol/Semana): _____</p>
---	--

Drug Use (Uso de Drogas): Yes (Sí) No **Comment** (Comentario): _____

<p>Use/Week: _____ (Uso/Semana)</p>	<p>Types: (Tipo)</p>	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Amphetamines</td> <td><input type="checkbox"/> Amyl nitrate</td> <td><input type="checkbox"/> Anabolic steroids</td> <td><input type="checkbox"/> Barbituates</td> <td><input type="checkbox"/> Benzodiazepines</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> "Crack" cocaine</td> <td><input type="checkbox"/> Cocaine</td> <td><input type="checkbox"/> Codeine</td> <td><input type="checkbox"/> Fentanyl</td> <td><input type="checkbox"/> Flunitrazepam</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Hashish</td> <td><input type="checkbox"/> Heroin</td> <td><input type="checkbox"/> Hydrocodone</td> <td><input type="checkbox"/> Hydromorphone</td> <td><input type="checkbox"/> Ketamine</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Marijuana</td> <td><input type="checkbox"/> MDMA (Ecstasy)</td> <td><input type="checkbox"/> Mescaline</td> <td><input type="checkbox"/> Methamphetamines</td> <td><input type="checkbox"/> Methaqualone</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Morphine</td> <td><input type="checkbox"/> Nitrous oxide</td> <td><input type="checkbox"/> Opium</td> <td><input type="checkbox"/> Oxycodone</td> <td><input type="checkbox"/> PCP</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Solvent inhalants</td> <td><input type="checkbox"/> Other _____</td> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> LSD</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Methylphenidate</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Psilocybin</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Amphetamines	<input type="checkbox"/> Amyl nitrate	<input type="checkbox"/> Anabolic steroids	<input type="checkbox"/> Barbituates	<input type="checkbox"/> Benzodiazepines	<input type="checkbox"/> "Crack" cocaine	<input type="checkbox"/> Cocaine	<input type="checkbox"/> Codeine	<input type="checkbox"/> Fentanyl	<input type="checkbox"/> Flunitrazepam	<input type="checkbox"/> Hashish	<input type="checkbox"/> Heroin	<input type="checkbox"/> Hydrocodone	<input type="checkbox"/> Hydromorphone	<input type="checkbox"/> Ketamine	<input type="checkbox"/> Marijuana	<input type="checkbox"/> MDMA (Ecstasy)	<input type="checkbox"/> Mescaline	<input type="checkbox"/> Methamphetamines	<input type="checkbox"/> Methaqualone	<input type="checkbox"/> Morphine	<input type="checkbox"/> Nitrous oxide	<input type="checkbox"/> Opium	<input type="checkbox"/> Oxycodone	<input type="checkbox"/> PCP	<input type="checkbox"/> Solvent inhalants	<input type="checkbox"/> Other _____			<input type="checkbox"/> LSD					<input type="checkbox"/> Methylphenidate					<input type="checkbox"/> Psilocybin
<input type="checkbox"/> Amphetamines	<input type="checkbox"/> Amyl nitrate	<input type="checkbox"/> Anabolic steroids	<input type="checkbox"/> Barbituates	<input type="checkbox"/> Benzodiazepines																																						
<input type="checkbox"/> "Crack" cocaine	<input type="checkbox"/> Cocaine	<input type="checkbox"/> Codeine	<input type="checkbox"/> Fentanyl	<input type="checkbox"/> Flunitrazepam																																						
<input type="checkbox"/> Hashish	<input type="checkbox"/> Heroin	<input type="checkbox"/> Hydrocodone	<input type="checkbox"/> Hydromorphone	<input type="checkbox"/> Ketamine																																						
<input type="checkbox"/> Marijuana	<input type="checkbox"/> MDMA (Ecstasy)	<input type="checkbox"/> Mescaline	<input type="checkbox"/> Methamphetamines	<input type="checkbox"/> Methaqualone																																						
<input type="checkbox"/> Morphine	<input type="checkbox"/> Nitrous oxide	<input type="checkbox"/> Opium	<input type="checkbox"/> Oxycodone	<input type="checkbox"/> PCP																																						
<input type="checkbox"/> Solvent inhalants	<input type="checkbox"/> Other _____			<input type="checkbox"/> LSD																																						
				<input type="checkbox"/> Methylphenidate																																						
				<input type="checkbox"/> Psilocybin																																						