

Do you smoke? *Fuma cigarillo o tabaco?* Yes/Sí No Have you in the past? *Ha fumado en el pasado?* Yes/Sí No
 How many packs per day? *¿Cuántos paquetes por día?* _____
 Do you drink alcohol, beer or wine? *¿Toma alcohol, cerveza o vino?* Yes/Sí No
 If no, have you in the past? *¿Ha bebido en el pasado?* Yes/Sí No
 How many drinks per week? *¿Cuántas bebidas alcohólicas por semana?* _____
 Do you drink coffee or tea? *¿Toma café o té?* Yes/Sí No
 How many cups per day? *Cuántas tazas al día?* _____
 Do you exercise daily or weekly? *¿Hace ejercicio diario o semanal?* Yes/Sí No
 Do you use the seatbelt when driving? *¿Usa el cinturón de seguridad cuando maneja?* Yes/Sí No
 Do you wear a helmet when riding a bike? *¿Usa el casco cuando monta bicicleta?* Yes/Sí No

FAMILY HISTORY/ HISTORIAL FAMILIAR

Has anyone in your family, including children and parents, suffered or died from any of these diseases? Explain.
¿Algún miembro de su familia, incluyendo niños y padres, han tenido o muerto de alguna de las siguientes enfermedades? Explique.

Anemia or blood problems/*Anemia o problemas sanguíneos* _____
 Cancer/Cáncer _____
 Diabetes _____
 Glaucoma _____
 Heart Problems/*Problemas del Corazón* _____
 High blood pressure/*Hipertensión* _____
 HIV/ AIDS _____
 Mental health problems/*Depression/Problemas mentales/ Depresión* _____
 Stroke/*Derrame Cerebral* _____
 Other serious disease/*Otra enfermedad severa* _____

FOR WOMEN/ PARA MUJERES – GYNECOLOGIC HISTORY/HISTORIAL GINECOLOGICO

How many times have you been pregnant? *¿Cuántas veces ha estado embarazada?* _____
 Date of your last PAP test? *¿Cuál es la fecha de su último papanicolau?* _____
 Have you had an abnormal PAP? *¿Ha tenido un papanicolau no normal?* Yes/Sí No
 Have you been diagnosed with a sexually transmitted disease? *¿Le han diagnosticado con alguna enfermedad de transmisión sexual?* Yes/Sí No *Diagnosis/Diagnóstico* _____
 Date of your last mammogram? *¿Cuándo fue su última mamografía?* _____
 Have you had a breast biopsy? *¿Le han practicado biopsia en los senos?* Yes/Sí No

PLEASE DESCRIBE BELOW THE PRIMARY REASON YOU ARE HERE TO SEE US TODAY:
 POR FAVOR DESCRIBA ABAJO LA RAZON PRINCIPAL POR LA CUAL USTED ESTA AQUÍ PARA VERNOS HOY:

By signing below, I hereby certify that to the best of my knowledge all of the information I have furnished on this form is complete, true and accurate.

Al firmar abajo, yo certifico que, a lo mejor de mi conocimiento, toda la información que he dado en este formulario es completa, veraz y exacta.

Patient/Legal Guardian Signature _____ Date _____
Firma del paciente o guardián *Fecha*