



MEDICAL HISTORY/HISTORIA MEDICA

Name/Nombre* : _____

Date of Birth/Fecha de Nacimiento (MM/DD/YY)*: _____

Do you have any allergies?/ Tiene alguna alergia?: Yes/Si _____ No/No _____

If yes, please list name/ Si la respuesta es si, cual es el nombre? _____

Current Medications/Medicamentos actuales:

Pharmacy/Farmacia

Name/Nombre	
Location/Ubicación	

Do you smoke? <i>Usted fuma?</i> If yes, how many packs per day? <i>Cuantos paquetes al dia?</i> _____	Yes/Si No/No
Do you drink alcohol? <i>Used toma alcohol?</i> If yes, how often? <i>Cuanta cantidad al dia?</i> _____	Yes/Si No/No
Do you exercise? <i>Used hace ejercicio?</i> If yes, how many times per week? <i>Si?; frecuencia?</i> _____	Yes/Si No/No

Do you have Advanced Care Directives?. *Tiene una Declaracion de voluntad anticipada?*

Yes/Si _____

No/No _____

If yes, please upload a copy?

Past Medical History/Historia Medica. Check if applicable/*Marca si aplica:*



Alcohol Abuse / <i>Abuso de Alcohol</i>	Diabetes/ <i>Diabetes</i>
Anxiety / <i>Ansiedad</i>	Gout / <i>Gota</i>
Anemia/ <i>Anemia</i>	High Blood Pressure / <i>Alta Presion</i>
Asthma / <i>Asma</i>	Heart Disease / <i>Enfermedades del corazon</i>
Arthritis / <i>Artritis</i>	Hepatitis/ <i>Hepatitis</i>
Bronchitis / <i>Bronquitis</i>	Kidney stones / <i>Piedras en el rinon</i>
Cancer/ <i>Cancer</i>	Low back problems / <i>Problemas en la espalda</i>
Depression / <i>Depresion</i>	Thyroid disease / <i>Enfermedad del Tiroides</i>

Family History/Historia Medica Familiar. Check the box if applicable/*Marca el cuadro si aplica:*

Cancer/ <i>Cancer</i>
Diabetes/ <i>Diabetes</i>
Heart disease/ <i>Enfermedad del corazon</i>
Hypertension/ <i>Alta presion</i>
Stroke/ <i>Isquemia cerebral</i>
Other/ <i>Otras</i>

By signing this form, you agree that **CJ Medical Center, LLC** may access your medication history as part of your treatment.

*Al firmar este formulario, usted acepta que **CJ Medical Center, LLC** puede acceder al historial de medicamentos como parte de su tratamiento.*

Patient Signature:Firma del paciente _____

Date: _____