

**Community Health Centers, Inc.**  
**ADULT HISTORY (*Historial para Adultos*)**

Place a check in the first column if you have/had any of the following conditions. If a blood relative (father, mother, sister, brother, grandparent, or child) has/had any conditions, please state which relative.

*Marque si usted tiene o alguna vez ha tenido alguna de estas condiciones. Si un familiar inmediato (padre, madre, hermana, hermanó, abuelo o hijo) tiene o ha tenido alguna de estas condiciones y escriba cual de ellas.*

Condition	Enfermedad	You Usted	Relative Familia	Condition	Enfermedad	You Usted	Relative Familia
AIDS/HIV	SIDA/VIH			Kidney problems	Problemas del riñón		
Alcoholism	Alcoholismo			Leukemia	Leucemia		
Anemia	Anemia			Lupus	Lupus		
Arthritis	Artritis			Mental illness	Enfermedades mentales		
Bleeding problems	Problemas de sangrados			Problems with anesthesia	Problemas con anestésicos		
Blood clots	Coágulos vasculares			Seizures	Epilepsia		
Breathing problems	Condiciones respiratorias			Sexually transmitted disease	Enfermedades transmitidas sexualmente		
Cancer	Cáncer			Sickle cell anemia	Anemia tipo sickle		
Depression	Depresión			Stomach problems	Problemas estomacales		
Diabetes	Diabetes			Stroke	Derrame cerebral		
Exposed to AIDS	Exposición a SIDA			Suicide	Suicidio		
Eye problems	Problemas de los ojos			Thyroid problems	Problemas de las tiroides		
Gallstones	Piedras de la vesícula			Tuberculosis	Tuberculosis		
Headaches	Dolores de cabeza			Other (list)	Otro:		
Heart problems	Problemas cardiacos			Other (list)	Otro:		
High blood pressure	Presión alta						

Have you ever been hospitalized?  Yes  No Reason: \_\_\_\_\_  
 ¿Alguna vez ha estado hospitalizado?  Si  No Razón: \_\_\_\_\_

Have you had any surgeries?  Yes  No Surgery: \_\_\_\_\_  
 ¿Ha tenido algunas cirugías?  Si  No Cirugías \_\_\_\_\_

Have you had any bad reaction to medications or food?  
 ¿Tiene alergia a medicinas o comidas?  
 Yes  No Reaction: \_\_\_\_\_  
 Si  No Reacción: \_\_\_\_\_

Are you taking any medications?  Yes  No If yes, please list all, including over the counter:  
 ¿Esta tomando alguna medicina?  Si  No Haga una lista de sus medicinas, incluyendo las medicinas no recetadas por un doctor:  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Which do you do to improve your health?  exercise  diet  herbs  vitamins  other \_\_\_\_\_  
 ¿Qué hace usted para conservar/mejorar su salud?  ejercicio  dieta  hierbas  vitaminas  otros \_\_\_\_\_

Do you smoke, dip, or chew tobacco?  Yes  No If yes, how many packs (cans) per day: \_\_\_\_\_  
 ¿Fuma o mastica tabaco?  Si  No Si fuma o mastica, cuantas cajetilla /cajas al día: \_\_\_\_\_

Have you:  never smoked  quit smoking ( \_\_\_\_ years ago)  tried to quit ( \_\_\_\_ times)  want to quit  
 Usted :  nunca a fumado  dejo de fumar(\_\_\_\_ años atrás)  traté de dejar de fumar(\_\_\_\_veces)  quiero dejar de fumar

**Community Health Centers, Inc.**  
**ADULT HISTORY (*Historial para Adultos*)**

Does anyone else in your house smoke?  Yes  No  
*¿Alguien mas fuma en su casa?*  Si  No

Do you have an advanced directive or a living will?  Yes  No  
*¿Tiene usted un testamento o plan anticipado?*  Si  No

Would you like information about advanced directives or living wills?  Yes  No  
*¿Quisiera información sobre testamento o plan anticipado?*  Si  No

Marital status:  married  single  separated  widowed  divorced  living together  
*Estado civil:*  casado(a)  soltero(a)  separado(a)  viudo(a)  divorciado(a)  vivo junto con pareja

Are you employed?  Yes  No Occupation: \_\_\_\_\_  
*¿Trabaja?*  Si  No *Ocupación:* \_\_\_\_\_

Do you:  work in the fields or plant nursery?  spend a lot of time in the sun?  
*Usted:*  ¿trabaja en el campo o vivero de plantas?  ¿pasa mucho tiempo expuesto al sol?

work with poisons or pesticides?  
 ¿trabaja con venenos/pesticidas?

Do you drink alcohol?  Yes  No If yes, do you ever worry that you might drink too much?  Yes  No  
*¿Toma bebidas alcohólicas?*  Si  No *¿Si bebe, le preocupa el beber demasiado?*  Si  No

Have you ever used any of the following?  pot  cocaine  crack  heroin  tranquilizers  other \_\_\_\_\_  
*¿Alguna vez ha usado estas sustancias?*  marihuana  cocaína  crack  heroína  tranquilizantes  otros \_\_\_\_\_

Do you have any guns in your house?  Yes  No  
*¿Tiene armas de fuego (pistolas) en su casa?*  Si  No

In the past year, have you been threatened, hit, slapped, or kicked by anyone you know?  Yes  No  
*¿Durante en el año pasado, ha sido amenazada o golpeada por alguien que conoce?*  Si  No

Do you have a smoke detector in your house?  Yes  No Do you use a seat belt?  Yes  No  
*¿Tiene detectores de humo en su casa?*  Si  No *¿Usa cinturones de seguridad?*  Si  No

How do you learn the best?  Hearing  Reading  Seeing  Written material to take home  
*¿Cuál es la mejor manera que usted aprende?*  Escuchar  Lectura  Visual  Material escrito para llevar a casa

Primary language spoken and read at home: \_\_\_\_\_  
*¿Idioma principal usado en su casa (escrito y hablado)?:* \_\_\_\_\_

Do you have any religious/cultural beliefs to be considered when giving medical care or patient education?  Yes  No  
*¿Tiene usted alguna creencia religiosa o cultural que se debe considerar en su tratamiento médico?*  Si  No

If yes, please list: \_\_\_\_\_  
*Favor haga lista:* \_\_\_\_\_

Completed by: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_  
*Historial completado por:* \_\_\_\_\_ *Fecha:* \_\_\_\_\_

Physician Attestation: \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_