

PrairieStar Health Center

1600 N Lorraine St Ste 110 • Hutchinson, Kansas 67501

English / Español

Patient Name / Nombre de Paciente _____

Patient Date of Birth / Fecha de Nacimiento _____

Today's Date/ Fecha de Hoy _____

List any ALLERGIES you have to medications/ Si es **ALERGICO** a algún medicamento haga una lista de ellos: _____

List any MEDICATIONS you take/ Haga una lista de **MEDICAMENTO** que toma: _____

Do you take any non-prescription drugs / Toma alguna droga sin prescripción? Yes / Si No

Year of your last TETANUS shot: / Año en que se vacunó por última vez contra TETANO _____

List any previous significant INJURY/ Mencione alguna HERIDA significante que haya sufrido últimamente.

Circle any SURGERIES you have had / Encierre alguna operación que haya tenido

None / Ninguna
Tonsils / Amígdala

Gallbladder / Vesícula

Appendix / Apéndice

Uterus / Útero

TubesTied / Ligadura de trompas

Heart / Corazón

Hernia/ Hernia

List Other / Otra _____

Patient Information / Información de Paciente (cont.)

Circle any medical problems YOU have had diagnosed / Encierre algún problema médico del que haya sido diagnosticado:

HIV/AIDS / VHS/Sida
Heart / Corazón

High Blood Pressure / Presión alta

Arthritis / Artritis

Stroke / Embolia

Diabetes / Diabetes

Cancer / Cáncer

Lung/Asthma / Pulmón/Asma

List Other / Otra _____

Do you smoke / Fuma usted? Yes/ Si No

Packs per day / Paquetes por día? _____ for / por _____ years / años?

Do you drink alcohol / Toma alcohol ? Yes/ Si No

Drinks per day/week / Bebidas por día/semana _____

Circle any of the following that you have had in the **last 30 days** / Encierre algún sintoma que haya tenido en los últimos 30 días:

Fever/Chills / Fiebre/Escalofríos

Eye Pain / Dolor de ojos

Eye Drainage / Ojos llorosos

Weakness / Debilidad

Nasal Congestion / Congestión nasal

Chest Pain / Dolor de pecho

Shortness of Breath / Falta de respiración

Cough / Tos

Wheezing / Respiración con silbido

Nausea / Náuseas

Difficulty Breathing / Dificultad al respirar

Abdominal Pain / Dolor abdominal

Blood in Urine / Sangre en la orina

Frequency of Urination / Frecuencia urinaria

Neck Pain / Dolor de cuello

Back Pain / Dolor de espalda

Rash / Sarpullido

Itching / Comezón

Headache / Dolor de cabeza

Numbness / Insensibilidad

Hallucinations / Alucinaciones

Heat/Cold Tolerance / Intolerable al calor/frío

Excessive Thirst / Sed excesiva

Bruise Easily / Moretones con facilidad

Weight Loss / Pérdida de peso

Fatigue / Cansancio

Ear Pain / Dolor de oídos

Recent Vision Changes / Cambios repentinos de la vista

Sore Throat / Dolor de garganta

Heart Palpitations / Palpitaciones del corazón

Ankle Swelling / Tobillo hinchado

Phlegm / Flema

Diarrhea / Diarrea

Vomiting / Vómito

Constipation / Constipación

Blood from Bowels / Sangrado al defecar

Pain when Urinating / Dolor al orinar

Flank Pain / Dolor en los costados

Arm Pain / Dolor de brazos

Leg Pain / Dolor de pierna

Seizures / Ataques Epilépticos

Change in Skin Color / Cambios en el color de la piel

Dizziness / Mareos

Depression / Depresión

Passing Out / Desmayos

Anxiety / Ansiedad

Bleed Excessively / Sangrado excesivo

Joint Pain or Swelling / Dolor de coyuntura o hinchazón

Suicidal Thoughts / Pensamientos de suicidio

Swollen Glands / Glandulas hinchadas

Circle any of the following that you have had in the **last 30 days** / Encierre algún síntoma que haya tenido en los últimos 30 días:

Male / Hombres

Testicle Pain / Dolor en los testículos

Discharge from Penis / Descarga involuntaria del pene.

Female / Mujeres

Vaginal Discharge / Descarga vaginal

Breast Pain / Dolor en los pechos

Discharge from Breast / Descarga en los pezones

Date of Last Menstrual Period / Fecha de su última regla _____

of Pregnancies / # Embarazos _____ # of Childbirths / # Hijos nacido o de partos _____

I verify the above information is true to the best of my knowledge / Verifico que la información arriba descrita es verdadera y a mi entero conocimiento

<p>Patient Signature / Firma del paciente _____</p> <p>Provider Signature / Proveedor de servicios: _____</p> <p>Date / Fecha _____</p>
