

Adult Medical History

COMPLETED BY MEMBER

Date: _____ MRN#: _____

Name of Member: _____ Date of Birth: _____ Gender: M F

Last Name First Name M.I.

Member Street Address: _____

Street Apt # City State Zip Code

Occupation: _____ Unemployed Student Member Phone Number: _____

Employer's Name: _____ Home Phone Number: _____ Work Phone Number: _____

Employer's Address: _____

Street Suite # City State Zip Code

Marital Status: Single Married Divorced Separated Widow / Windower

PAST ILLNESSES: Please check ALL that apply.

Allergies Diabetes High Blood Pressure Mental Illness Other: _____
 Anemia High Cholesterol Injury / Fracture Seizures _____
 Arthritis Heart Problems Kidney Disease Skin Problems _____
 Cancer Hepatitis Lung Problems Ulcer Diseases _____

Explanation: _____

Current Medications & Dosage: _____

Medication Allergies: None _____

PAST SURGERIES:

PAST HOSPITALIZATIONS:

YEAR	PROCEDURES	YEAR	DIAGNOSIS	WHICH HOSPITAL

FAMILY HISTORY:	Alcoholism	Asthma	Cancer (Type)	Depression	Diabetes	Heart Disease	High Blood Pressure	Stroke	Cause of Death	Age at Death
Father	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Mother	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Brothers/Sisters	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Grandparents	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

SOCIAL HISTORY

Tobacco: None Chew Tobacco Cigarettes _____ # cigarettes/day Cigar Quit Date: _____

Alcohol: None Drinks/week: _____ Type of drink: _____ Other drug use: (cocaine, marijuana, etc.) _____

Daily Exercise: None Low Moderate High ➔ Aerobic Activity Weight Training

Seat Belt Use: Yes No Child Safety Restraints (car seats) used for child < 40lbs or types of age.

IMMUNIZATIONS (Most Recent)

Tetanus: _____ Hepatitis B: _____ Pneumovax: _____ Flu Vaccine: _____

SCREENING EXAMS (Most Recent)

Pap smear: _____ Mammogram: _____ Cholesterol: _____ Sigmoid/Colonoscopy: _____

Clinician's Signature:

X _____

Member's Signature:

X _____

Historial Clínico de Adultos

Completado por el Miembro

Fecha: _____ Numero Medico Del Miembro#: _____

Nombre del Asegurado: _____ Fecha de nacimiento: _____ Sexo: Masculino Femenino

Apellido: _____ Nombre: _____ Inicial: _____

Dirección: _____

Calle: _____ Apt.#: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Ocupación: _____ Desempleado Estudiante Número de teléfono del miembro: _____

Nombre del empleador: _____ H: _____ Número de teléfono del trabajo: _____

Dirección del empleador: _____

Calle: _____ Sala #: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Estado Civil: Soltero(a) Casado(a) Divorciado(a) Separado(a) Viudo(a)

ENFERMEDADES: por favor haga una marca en TODAS las que apliquen.

Alergias Diabetes Presión sanguínea alta Enfermedad mental Otros: _____

Anemia Alto nivel de colesterol Lesión / Fractura Convulsiones / Ataques _____

Arthritis Problemas cardiacos Enfermedades de los riñones Problemas de la piel _____

Cáncer Hepatitis Enfermedades del pulmón Úlceras _____

Detalles: _____

MEDICAMENTOS y dosis que actualmente toma: _____

ALERGIAS a medicamentos: NINGUNO _____

Cirugías:

Hospitalizaciones:

Año	Procedimientos	Año	Diagnóstico	Cuál hospital

Historial familiar:	Alcoholismo	Asma	Cáncer (Tipo)	Depresión	Diabetes	Enfermedades del corazón	Presión sanguínea alta	Derrame cerebral (embolia)	Causa de muerte	Edad al momento de muerte
Padre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Madre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Hermanos(as)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Abuelos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Historial Social

Tabaco: Ninguno Tabaco de mascar Cigarrillos _____ (# / día) Cigarro Fecha en que dejó de fumar: _____

Alcoholismo: Ninguno Tragos/Semana: _____ Tipo de tragos: _____ Otro uso de drogas (por ejemplo: cocaine, marihuana, etc.) _____

Ejercicio diario: Ninguno Poco Moderado Mucho → Actividades aeróbicas Levantamiento de pesas

Uso del cinturón de seguridad: Sí No Aparatos de seguridad para niños (asiento protector) utilizados para niños de menos de 40 lbs. o según la edad del niño.

Inmunizaciones (Más recientes)

Tétano: _____ Hepatitis B: _____ Pneumovax: _____ Vacuna contra la influenza (gripe): _____

Exámenes de evaluación (Más recientes)

Exámen de Papanicolaou: _____ Mamografía: _____ Colesterol: _____ Sigmoidoscopia/Colonoscopia: _____

Firma del Proveedor (Clinician Signature): _____ **Firma del Asegurado** _____

X _____ X _____