

**Established Patient History/
Historia Establecida del Paciente**

<p>For office use only:</p> <hr/> <p>W: _____ H: _____ T: _____</p> <hr/>

Please answer all of the questions below regarding the patient's medical history since your last office visit
 Por favor, conteste todas las preguntas a continuación con respecto a la historia clínica del paciente ~ tu última visita al consultorio

Patient Information/Información para el paciente:

Name/Nombre: _____ DOB/Fecha de Nacimiento: _____

Medical History/Historia clínica:

Since your last office visit, has the patient been diagnosed with any new medical conditions, been hospitalized, or undergone surgery?
 ¿Desde su última visita al consultorio, el paciente a sido diagnosticado con alguna nueva condición médica, estado hospitalizada, o experimentó cirugía?
 No Yes (If yes, please describe)/Sí (en caso afirmativo, Sírvase describir)

Medications/Medicamentos:

Since your last office visit, has the patient started or discontinued any prescription medications, over-the-counter medications, vitamins, or supplements?
 ¿Desde su última visita, el paciente comenzó o suspendió cualquier prescripción médica, medicamentos de venta libre, vitaminas o suplementos?
 No Yes (If yes, please list medication and dosage)/Sí (en caso afirmativo, Sírvase describir)

Allergies/Alergias:

Since your last visit, has the patient developed any new allergies to medications or other materials?
 ¿Desde su última visita, el paciente ha desarrollado nuevas alergias a medicamentos u otros materiales?
 No Yes (If yes, please describe)/Sí (en caso afirmativo, Sírvase describir)

Social History/Historia social:

Since your last visit, has the patient changed grades in school, changed school locations, or started/stopped any sports or other recreational activities?
 ¿Desde su última visita, el paciente ha cambiado sus calificaciones en la escuela, cambio de escuela o iniciado/detuvo algún deporte u otras actividades recreativa?
 No Yes (If yes, please describe)/Sí (en caso afirmativo, Sírvase describir)

Review of systems/Revisión de los sistemas:

In the last 3 months, has the patient experienced any new symptoms that were not present at your last office visit:
 En los últimos 3 meses, el paciente ha experimentado cualquier nuevo síntoma que no estaba presente en su última visita al consultorio:

- | | |
|---|---|
| Fever/Fiebre: | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes/Sí |
| Weight gain or loss greater than 5 pounds/Ganancia o pérdida superior a 5 libras de peso: | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes/Sí |
| Difficulty seeing/Dificultad para ver: | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes/Sí |
| Difficulty hearing/Audiencia de dificultad: | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes/Sí |
| Chest pain/Dolor en el pecho: | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes/Sí |
| Wheezing/Jadeo: | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes/Sí |
| Constipation/Estreñimiento: | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes/Sí |
| Pain with urination/Dolor con la micción: | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes/Sí |
| Rashes/Erupciones: | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes/Sí |
| Anxiety/Ansiedad: | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes/Sí |
| Other/Otro: | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes (If yes, please describe)/Sí (en caso afirmativo, Sírvase describir) |

To the best of my knowledge, my answers are correct:
 En mi conocimiento, las respuestas son correctas:

Signature (Parent/Guardian) Firma (padre/tutor)

Date/Fecha

 Signature (Provider)/Firma (proveedor)

 Date/Fecha