

Personal health history

Historial personal de salud

Name/Nombre _____ Date of birth/Fecha de nacimiento _____ MRN/MRN _____

Sex/Sexo _____ Primary language/Idioma principal _____

Race/Ethnicity/Raza/origen étnico: American Indian/Alaska Native Asian Black/African American Hispanic/Latino
 Native Hawaiian/Pacific Islander White Other _____

Please answer the following questions to the best of your ability/Por favor conteste las siguientes preguntas lo mejor que pueda:

What condition are you currently experiencing that prevents you from doing the things that you like to do?/¿Qué problema tiene actualmente que le impide hacer las cosas que le gusta ser? _____

Allergies/Medication reaction/Alergias/Reacción a medicinas

To what?/¿A qué?	Type of reaction/Tipo de Reacción

Current medications (include Vitamins and Herbal Medicines)/Medicinas que toma actualmente (Incluya vitaminas y remedios a base de hierbas)

Name/Nombre	Strength/Potencia	Frequency/Frecuencia

Medical history / Historial médico

Vaccinations/Vacunas				
1. Measles/Sarampión	<input type="checkbox"/> Yes/Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Don't know/No sé	Date of last/Fecha de la última _____
2. Mumps/Paperas	<input type="checkbox"/> Yes/Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Don't know/No sé	Date of last/Fecha de la última _____
3. Polio/Polio	<input type="checkbox"/> Yes/Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Don't know/No sé	Date of last/Fecha de la última _____
4. Rubella (German Measles)/Rubéola (Sarampión Aleman)	<input type="checkbox"/> Yes/Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Don't know/No sé	Date of last/Fecha de la última _____
5. Hepatitis/Hepatitis	<input type="checkbox"/> Yes/Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Don't know/No sé	Date of last/Fecha de la última _____
6. Pneumovax/Pneumovax	<input type="checkbox"/> Yes/Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Don't know/No sé	Date of last/Fecha de la última _____
7. Tetanus/Tétanos	<input type="checkbox"/> Yes/Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Don't know/No sé	Date of last/Fecha de la última _____
8. Flu/Gripe (Flu)	<input type="checkbox"/> Yes/Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Don't know/No sé	Date of last/Fecha de la última _____
9. Chickenpox/Varicela	<input type="checkbox"/> Yes/Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Don't know/No sé	Date of last/Fecha de la última _____

Skin Test For TB?/¿Prueba cutánea de la tuberculosis? Yes/Si No Date of Last/Fecha de la última _____ Positive/Positiva Negative/Negativa

Have you ever had or do you have now?/¿Alguna vez ha tenido, o tiene ahora?

1. Skin problems/Problemas de la piel	<input type="checkbox"/> Yes/Si <input type="checkbox"/> No	12. Polyps/Pólipos	<input type="checkbox"/> Yes/Si <input type="checkbox"/> No
2. Lung disease/Enfermedad de los pulmones	<input type="checkbox"/> Yes/Si <input type="checkbox"/> No	13. Kidney disease/Enfermedad de los riñones	<input type="checkbox"/> Yes/Si <input type="checkbox"/> No
3. Intestinal disease/Enfermedad intestinal	<input type="checkbox"/> Yes/Si <input type="checkbox"/> No	14. Arthritis/Artritis	<input type="checkbox"/> Yes/Si <input type="checkbox"/> No
4. Pneumonia/Neumonía	<input type="checkbox"/> Yes/Si <input type="checkbox"/> No	15. Syphilis/Sífilis	<input type="checkbox"/> Yes/Si <input type="checkbox"/> No
5. Tuberculosis/Tuberculosis	<input type="checkbox"/> Yes/Si <input type="checkbox"/> No	16. Gonorrhea/Gonorrea	<input type="checkbox"/> Yes/Si <input type="checkbox"/> No
6. High blood pressure/Alta presión arterial	<input type="checkbox"/> Yes/Si <input type="checkbox"/> No	17. Thyroid disease/Enfermedad de la tiroides	<input type="checkbox"/> Yes/Si <input type="checkbox"/> No
7. Heart disease/Enfermedad del corazón	<input type="checkbox"/> Yes/Si <input type="checkbox"/> No	18. Glaucoma/Glaucoma	<input type="checkbox"/> Yes/Si <input type="checkbox"/> No
8. Hepatitis/Hepatitis	<input type="checkbox"/> Yes/Si <input type="checkbox"/> No	19. Peptic ulcer disease/Úlcera péptica	<input type="checkbox"/> Yes/Si <input type="checkbox"/> No
9. Diabetes/Diabetes	<input type="checkbox"/> Yes/Si <input type="checkbox"/> No	20. Psychiatric problems/Problemas psiquiátricos	<input type="checkbox"/> Yes/Si <input type="checkbox"/> No
10. Gout/Gota	<input type="checkbox"/> Yes/Si <input type="checkbox"/> No	21. Positive HIV test/Prueba positiva de VIH	<input type="checkbox"/> Yes/Si <input type="checkbox"/> No
11. Gallstones/Cálculos biliares	<input type="checkbox"/> Yes/Si <input type="checkbox"/> No	22. Other/Otro	<input type="checkbox"/> Yes/Si <input type="checkbox"/> No

List all operations/Indique todas sus operaciones	Year/Año

Reason for hospitalization in last 12 months Motivo para su hospitalización en los últimos 12 meses	Year Año

Family history / Antecedentes familiares

Relationship/Parentesco	If living (age & health) Si viven - edad y salud	If deceased (age at death & cause) Si fallecieron - edad al morir y causa
Father/Padre		
Mother/Madre		
Brother(s)/Hermano(s)		
Sister(s)/Hermana(s)		

Do you have a blood relative who has been treated for/Tiene usted un familiar directo quien ha sido tratado por:

1. Cancer/Cancer	<input type="checkbox"/> Yes/Si	<input type="checkbox"/> No	Who/Quien _____
2. Tuberculosis/Tuberculosis	<input type="checkbox"/> Yes/Si	<input type="checkbox"/> No	Who/Quien _____
3. Diabetes/Diabetes	<input type="checkbox"/> Yes/Si	<input type="checkbox"/> No	Who/Quien _____
4. Heart trouble/Problema del corazón	<input type="checkbox"/> Yes/Si	<input type="checkbox"/> No	Who/Quien _____
5. High blood pressure/Alta presión arterial	<input type="checkbox"/> Yes/Si	<input type="checkbox"/> No	Who/Quien _____
6. Stroke/Embolia	<input type="checkbox"/> Yes/Si	<input type="checkbox"/> No	Who/Quien _____
7. Seizures (Epilepsy)/Convulsiones (Epilepsia)	<input type="checkbox"/> Yes/Si	<input type="checkbox"/> No	Who/Quien _____
8. Bleeding problems/Problema de sangramiento	<input type="checkbox"/> Yes/Si	<input type="checkbox"/> No	Who/Quien _____
9. Psychiatric disorder/Trastorno psiquiátrico	<input type="checkbox"/> Yes/Si	<input type="checkbox"/> No	Who/Quien _____
10. Asthma/Asma	<input type="checkbox"/> Yes/Si	<input type="checkbox"/> No	Who/Quien _____
11. High cholesterol/Colesterol alto	<input type="checkbox"/> Yes/Si	<input type="checkbox"/> No	Who/Quien _____
12. Other/Otra	<input type="checkbox"/> Yes/Si	<input type="checkbox"/> No	Who/Quien _____

Social history / Antecedentes sociales

1. Single/Soltero Married/Casado Separated/Separado Divorced/Divorciado Widowed/Viudo

Children/Hijos	Gender/Sexo	Age/Edad	Health/Salud
A.			
B.			
C.			
D.			
E.			
F.			
G.			
H.			
I.			

- Number of persons in household (including yourself)?/Número de personas en la casa (incluyéndose a usted mismo) _____
Do you have major problems at home?/¿Tiene problemas serios en casa? Yes/Si No
If yes, please explain/Si respondió que sí, por favor explique _____
- Sexual preference/Preferencia sexual Heterosexual/Heterosexual Homosexual/Homosexual Bi-sexual/Bisexual
- Interpersonal Violence/ Within the past year, has your partner ever pushed, shoved, slapped, choked, hit, punched, or kicked you?/ Yes/Si No
Violencia interpersonal En el último año, ¿su pareja le ha pegado, empujado, ahorcado, cacheteado o pateado?
Within the past year, has your partner ever forced or pressured you to have sex when you did not want to?/ Yes/Si No
En el último año, ¿su pareja lo/la ha forzado o presionado para que tenga relaciones sexuales cuando no quería?
Have you ever felt afraid of or threatened by your partner?/ Yes/Si No
¿Alguna vez le ha tenido miedo a su pareja o se ha sentido amenazado(a) por su pareja?
- Occupation?/¿Cuál es su ocupación? _____ Have you been injured at work?/¿Se ha lastimado en el trabajo? Yes/Si No
Major problems at work?/¿Tiene problemas serios en el trabajo? Yes/Si No
If yes, please explain/Si respondió que sí, por favor explique _____
How far did you go in school?/¿Hasta qué grado llegó en la escuela? _____
- Do you smoke cigarettes?/¿Fuma? Yes/Si Never/Nunca Quit: When/Lo dejó: ¿Cuándo? _____
How much do you (did you) smoke?/¿Cuánto fuma (o fumaba)? _____
Daily/Diario Almost Daily (4 - 6x a week)/Casi diario (4-6 veces/semana) Up to 3x a week/Hasta 3 veces/semana Less than 1x a week/Menos de 1 vez/semana Never/Nunca
- Do you drink alcoholic beverages? If so, how much?/¿Toma bebidas alcohólicas? Si lo hace, ¿en qué cantidad? Yes/Si _____ No
Daily/Diario Almost Daily (4 - 6x a week)/Casi diario (4-6 veces/semana) Up to 3x a week/Hasta 3 veces/semana Less than 1x a week/Menos de 1 vez/semana Never/Nunca
- Do you drink caffeinated beverages? If so, how much?/¿Toma bebidas que contienen cafeína? Si lo hace, ¿en qué cantidad? Yes/Si _____ No
Daily/Diario Almost Daily (4 - 6x a week)/Casi diario (4-6 veces/semana) Up to 3x a week/Hasta 3 veces/semana Less than 1x a week/Menos de 1 vez/semana Never/Nunca
- Have you ever used recreational drugs?/¿Alguna vez ha consumido drogas por placer? Yes/Si No Describe/Describe _____
- Do you currently use recreational drugs? ¿Usa usted actualmente drogas? Yes/Si No Describe/Describe _____
Daily/Diario Almost Daily (4 - 6x a week)/Casi diario (4-6 veces/semana) Up to 3x a week/Hasta 3 veces/semana Less than 1x a week/Menos de 1 vez/semana Never/Nunca

Patient health questionnaire (PHQ-9) / Cuestionario de salud del paciente (PHQ-9)

Name/Nombre _____ Date/Fecha _____

Over the last 2 weeks, how often have you been bothered by any of the following problems? (Use "✓" to indicate your answer) / En las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia le ha molestado alguno de los siguientes problemas? (Marque su respuesta con una "✓")

	Not at all/Nunca	Several days/ Varios días	More than half the days/ Más de la mitad de los días	Nearly every day/ Casi todos los días
1. Little interest or pleasure in doing things/Poco interés o placer en hacer cosas	0	1	2	3
2. Feeling down, depressed, or hopeless/Sentimientos de depresión, tristeza o desesperación	0	1	2	3
3. Trouble falling or staying asleep, or sleeping too much/Dificultad para dormirse o duerme demasiado	0	1	2	3
4. Feeling tired or having little energy/Cansancio o falta de energía	0	1	2	3
5. Poor appetite or overeating/Falta de apetito o comer demasiado	0	1	2	3
6. Feeling bad about yourself – or that you are a failure or have let yourself or your family down/ Decepción de sí mismo, siente que ha fracasado o que ha desilusionado a su familia o a sí mismo	0	1	2	3
7. Trouble concentrating on things, such as reading the newspaper or watching television/Dificultad para concentrarse en cosas como leer el periódico o ver televisión	0	1	2	3
8. Moving or speaking so slowly that other people could have noticed. Or the opposite – being so fidgety or restless that you have been moving around a lot more than usual/ Se mueve o habla tan lento que otras personas podían haberlo notado; o lo opuesto, está tan inquieto que se mueve más de lo normal	0	1	2	3
9. Thoughts that you would be better off dead, or of hurting yourself in some way/ Ha pensado que sería mejor morirse o ha pensado en hacerse daño de alguna manera	0	1	2	3

add columns/suma de columnas: _____ + _____ + _____

(Healthcare professional: For interpretation of TOTAL, please refer to accompanying scoring card).

Total/Total: _____

10. If you checked off any problems, how difficult have these problems made it for you to do your work, take care of things at home, or get along with other people? / Si marcó cualquiera de esos problemas, ¿cuánto le han dificultado estos problemas hacer su trabajo, hacer sus quehaceres del hogar o llevarse bien con las otras personas?	Not difficult at all/Nada difícil	_____
	Somewhat difficult/Algo difícil	_____
	Very difficult/Muy difícil	_____
	Extremely difficult/Extremadamente difícil	_____

PHQ-9 is adapted from PRIME MD TODAY, developed by Drs Robert L. Spitzer, Janet B.W. Williams, Kurt Kroenke, and colleagues, with an educational grant from Pfizer Inc. For research information, contact Dr. Spitzer at ris8@columbia.edu. PHQ-9 Copyright © 1999 Pfizer Inc. All rights reserved. Reproduced with permission. PRIME-MD® and PRIME-MD TODAY® are trademarks of Pfizer Inc.

- Number of persons in household (including yourself)?/Número de personas en la casa (incluyéndose a usted mismo) _____
Do you have major problems at home?/¿Tiene problemas serios en casa? Yes/Si No
If yes, please explain/Si respondió que sí, por favor explique _____
- Sexual preference/Preferencia sexual Heterosexual/Heterosexual Homosexual/Homosexual Bi-sexual/Bisexual
- Interpersonal Violence/ Violencia interpersonal
Within the past year, has your partner ever pushed, shoved, slapped, choked, hit, punched, or kicked you?/ En el último año, ¿su pareja le ha pegado, empujado, ahorcado, cacheteado o pateado? Yes/Si No
Within the past year, has your partner ever forced or pressured you to have sex when you did not want to?/ En el último año, ¿su pareja lo/la ha forzado o presionado para que tenga relaciones sexuales cuando no quería? Yes/Si No
Have you ever felt afraid of or threatened by your partner?/ ¿Alguna vez le ha tenido miedo a su pareja o se ha sentido amenazado(a) por su pareja? Yes/Si No
- Occupation?/¿Cuál es su ocupación? _____ Have you been injured at work?/¿Se ha lastimado en el trabajo? Yes/Si No
Major problems at work?/¿Tiene problemas serios en el trabajo? Yes/Si No
If yes, please explain/Si respondió que sí, por favor explique _____
How far did you go in school?/¿Hasta qué grado llegó en la escuela? _____
- Do you smoke cigarettes?/¿Fuma? Yes/Si Never/Nunca Quit: When/Lo dejó: ¿Cuándo? _____
How much do you (did you) smoke?/¿Cuánto fuma (o fumaba)? _____
Daily/Diario Almost Daily (4 - 6x a week)/Casi diario (4-6 veces/semana) Up to 3x a week/Hasta 3 veces/semana Less than 1x a week/Menos de 1 vez/semana Never/Nunca
- Do you drink alcoholic beverages? If so, how much?/¿Toma bebidas alcohólicas? Si lo hace, ¿en qué cantidad? Yes/Si _____ No
Daily/Diario Almost Daily (4 - 6x a week)/Casi diario (4-6 veces/semana) Up to 3x a week/Hasta 3 veces/semana Less than 1x a week/Menos de 1 vez/semana Never/Nunca
- Do you drink caffeinated beverages? If so, how much?/¿Toma bebidas que contienen cafeína? Si lo hace, ¿en qué cantidad? Yes/Si _____ No
Daily/Diario Almost Daily (4 - 6x a week)/Casi diario (4-6 veces/semana) Up to 3x a week/Hasta 3 veces/semana Less than 1x a week/Menos de 1 vez/semana Never/Nunca
- Have you ever used recreational drugs?/¿Alguna vez ha consumido drogas por placer? Yes/Si No Describe/Describe _____
- Do you currently use recreational drugs? ¿Usa usted actualmente drogas? Yes/Si No Describe/Describe _____
Daily/Diario Almost Daily (4 - 6x a week)/Casi diario (4-6 veces/semana) Up to 3x a week/Hasta 3 veces/semana Less than 1x a week/Menos de 1 vez/semana Never/Nunca

Patient health questionnaire (PHQ-9) / Cuestionario de salud del paciente (PHQ-9)

Name/Nombre _____ Date/Fecha _____

Over the last 2 weeks, how often have you been bothered by any of the following problems? (Use "✓" to indicate your answer) / En las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia le ha molestado alguno de los siguientes problemas? (Marque su respuesta con una "✓")

	Not at all/Nunca	Several days/ Varios días	More than half the days/ Más de la mitad de los días	Nearly every day/ Casi todos los días
1. Little interest or pleasure in doing things/Poco interés o placer en hacer cosas	0	1	2	3
2. Feeling down, depressed, or hopeless/Sentimientos de depresión, tristeza o desesperación	0	1	2	3
3. Trouble falling or staying asleep, or sleeping too much/Dificultad para dormirse o duerme demasiado	0	1	2	3
4. Feeling tired or having little energy/Cansancio o falta de energía	0	1	2	3
5. Poor appetite or overeating/Falta de apetito o comer demasiado	0	1	2	3
6. Feeling bad about yourself – or that you are a failure or have let yourself or your family down/ Decepción de sí mismo, siente que ha fracasado o que ha desilusionado a su familia o a sí mismo	0	1	2	3
7. Trouble concentrating on things, such as reading the newspaper or watching television/Dificultad para concentrarse en cosas como leer el periódico o ver televisión	0	1	2	3
8. Moving or speaking so slowly that other people could have noticed. Or the opposite – being so fidgety or restless that you have been moving around a lot more than usual/ Se mueve o habla tan lento que otras personas podían haberlo notado; o lo opuesto, está tan inquieto que se mueve más de lo normal	0	1	2	3
9. Thoughts that you would be better off dead, or of hurting yourself in some way/ Ha pensado que sería mejor morir o ha pensado en hacerse daño de alguna manera	0	1		3

add columns/suma de columnas:

_____ + _____ + _____

(Healthcare professional: For interpretation of TOTAL, please refer to accompanying scoring card).

Total/Total:

10. If you checked off any problems, how difficult have these problems made it for you to do your work, take care of things at home, or get along with other people?/ Si marcó cualquiera de esos problemas, ¿cuánto le han dificultado estos problemas hacer su trabajo, hacer sus quehaceres del hogar o llevarse bien con las otras personas?	Not difficult at all/Nada difícil _____
	Somewhat difficult/Algo difícil _____
	Very difficult/Muy difícil _____
	Extremely difficult/Extremadamente difícil _____

PHQ-9 is adapted from PRIME MD TODAY, developed by Drs Robert L. Spitzer, Janet B.W. Williams, Kurt Kroenke, and colleagues, with an educational grant from Pfizer Inc. For research information, contact Dr. Spitzer at ris8@columbia.edu. PHQ-9 Copyright © 1999 Pfizer Inc. All rights reserved. Reproduced with permission. PRIME-MD® and PRIME-MD TODAY® are trademarks of Pfizer Inc.