

WEIGHT MANAGEMENT HEALTH HISTORY (HISTORIA DE SALUD DE CONTROL DE PESO)

First Name (Nombre):	NOTE: This form provides information about your healthcare history, is confidential, and part of your medical record. If you do not understand a question or word, please ask for assistance. <i>(Este formulario proporciona información sobre su historial médico, es confidencial, y es parte de su archivo médico. Si usted no entiende alguna pregunta o alguna palabra, por favor pida ayuda.)</i>	
Last Name (Apellido):		
Primary Care Doctor/Provider (Médico de atención primaria):	Race/Ethnicity (Raza/Etnicidad):	Preferred Language (Idioma Preferido):

MEDICAL HISTORY (HISTORIAL MÉDICO)

Diagnosis (Diagnóstico)	Yes (Sí)	No	Diagnosis (Diagnóstico)	Yes (Sí)	No	Diagnosis (Diagnóstico)	Yes (Sí)	No
Anemia (Anemia)			Diabetes mellitus (Diabetes mellitus)			Myocardial infarction – Heart Attack (Infarto de miocardio – Ataque del corazón)		
Coronary artery disease (Enfermedad de la arteria coronaria)			Obesity (Obesidad)			Back pain (El dolor de espalda)		
Anxiety (Ansiedad)			Clotting disorder (Trastorno de coagulación)			Arthritis (Artritis)		
GERD (Acid Reflux) (Reflujo de acidez Gástrica)			Asthma (Asma)			Seizures (Convulsiones)		
Cancer (Cáncer)			Heart murmur (Soplo (murmullo) cardiaco)			Hepatitis (Hepatitis)		
Stroke (Derrame cerebral)			CHF (Insuficiencia cardiac congestive)			HIV/AIDS (VIH/SIDA)		
Hypertension –High blood pressure (Alta presión arterial)			Thyroid disease (Enfermedad de la tiroides)			COPD (EPOC – enfermedad pulmonar crónica)		
Kidney disease (Enfermedad del riñon)			Depression (Depresión)			Hyperlipidemia - High Cholesterol (Hiperlipidemia)		

Other medical history (Otros antecedentes medicos):

SURGICAL HISTORY (ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS - CIRUGIAS)

Diagnosis (Diagnóstico)	Yes (Sí)	No	Diagnosis (Diagnóstico)	Yes (Sí)	No	Diagnosis (Diagnóstico)	Yes (Sí)	No
Appendectomy (Apendectomía)			C-Section (C-Sección)			Lap band (Banda Gástrica)		
Gastric bypass (El bypass gástrico)			Prostate surgery (Cirugía de la próstata)			Brain Surgery (Cirugía cerebral)		
Eye surgery (Cirugía del ojo)			Breast Surgery (Cirugía de mama)			Low back surgery (Cirugía de la espalda)		
CABG (Coronary artery bypass grafting) (Cirugía de revascularización coronaria)			Hernia repair (Reparación de la hernia)			Tubal ligation (Ligadura de trompas)		
Gallbladder Surgery (Cirugía de la vesícula biliar)			Hysterectomy (Histerectomía)			Valve replacement (Cirugía de reemplazo valvular)		
Colon surgery (Cirugía del colon)			Cosmetic surgery (Cirugía estética)					

Other surgical history (Otros antecedentes quirúrgicos – cirugias):

FAMILY HISTORY (ANTECEDENTES FAMILIARES)

Relationship (Relación)	Alcohol/Drug (Alcohol/Drogas)	Aneurysm (Aneurisma)	Asthma (Asma)	Breast Cancer (Cáncer de mama (seno))	Cancer (Cáncer)	Colon Cancer (Cáncer de colon)	Coronary artery (Arteria coronaria)	Diabetes (Diabetes)	Glaucoma (Glaucoma)	High Cholesterol (Hiperlipidemia)	High Blood Pressure (Alta presión arterial)	Kidney disease (Enfermedad del riñon)	Macular degeneration (Degeneración macular)	Mental illness (Enfermedad mental)	Prostate Cancer (Cáncer de prostate)	Rheumatoid arthritis (Artritis reumatoidea)	Stroke (Derrame cerebral)	Thyroid disease (Enfermedad de la tiroides)	Obesity (obesidad)
Mother (Madre)																			
Father (Padre)																			
Sister (Hermana)																			
Brother (Hermano)																			
Maternal Aunt (Tía Materna)																			
Maternal Uncle (Tío Materno)																			

FAMILY HISTORY - cont. (ANTECEDENTES FAMILIARES)

Relationship (Relación)	Alcohol/Drug (Alcohol/Drogas)	Aneurysm (Aneurisma)	Asthma (Asma)	Breast Cancer (Cáncer de mama (seno))	Cancer (Cáncer)	Colon Cancer (Cáncer de colon)	Coronary artery (Arteria coronaria)	Diabetes (Diabetes)	Glaucoma (Glaucoma)	High Cholesterol (Hiperlipidemia)	High Blood Pressure (Alta presión arterial)	Kidney disease (Enfermedad del riñon)	Macular degeneration (Degeneración macular)	Mental illness (Enfermedad mental)	Prostate Cancer (Cáncer de prostate)	Rheumatoid arthritis (Artritis reumatoidea)	Stroke (Derrame cerebral)	Thyroid disease (Enfermedad de la tiroides)	Obesity (Obesidad)	
Paternal Aunt (Tia Paterna)																				
Paternal Uncle (Tío Paterno)																				
Maternal Grandmother (Abuela Materna)																				
Maternal Grandfather (Abuelo Materno)																				
Paternal Grandmother (Abuela Paterna)																				
Paternal Grandfather (Abuelo Paterno)																				

Additional Relatives (Parientes Adicionales):

Adopted (Adoptado/a)

SOCIAL HISTORY (HISTORIA SOCIAL)

Tobacco Use (Uso del Tabaco): Yes (Si) No **Packs per day** (Paquetes por día): .25 .5 1 1.5 2 _____

Years of use (Años de uso): .5 1 2 3 4 5 _____

Start date (mm/dd/yyyy)
(Fecha de cuando dejó de usarlo - mm/dd/año): _____

Quit date (mm/dd/yyyy)
(La fecha en que comenzó - mm/dd/año): _____

Smokeless Tobacco (Tabaco sin humo/de mascar): Yes (Si) No **Quit date** (mm/dd/yyyy)
(Fecha de cuando dejó de usarlo - mm/dd/año): _____

Ready to Quit (Listo para dejar de usar el tabaco) Yes (Si) No

Comment (comentario): _____

Alcohol Use (Uso de Alcohol): Yes (Si) No **Comment** (Comentario): _____

Drinks/Week: _____ glasses of wine (copas de vino) (Bebidas/Semana) _____ cans of beer (latas/botes de cerveza) _____ shots of liquor (tragos de licor) _____ drinks containing 0.5 oz of alcohol (bebidas con un contenido de 0.5 onzas de alcohol)	Alcohol/Week (Alcohol/Semana): _____
--	---

Drug Use (Uso de Drogas): Yes (Si) No **Comment** (Comentario): _____

Use/Week: _____ **Types:** (Tipo) Amphetamines Barbituates Benzodiazepines Cocaine
 Marijuana Other _____

Diet (Dieta/Régimen): <input type="checkbox"/> Regular low-fat (Normal - bajo en grasa) <input type="checkbox"/> Vegan (Vegetariano estricto) <input type="checkbox"/> Vegetarian (Vegetariano)	<input type="checkbox"/> Low carb (Baja en carbohidratos) <input type="checkbox"/> Atkins <input type="checkbox"/> High protein (Rica en proteínas)	<input type="checkbox"/> Gluten free (Sin gluten) <input type="checkbox"/> Zone <input type="checkbox"/> Master cleanse	Exercise (Ejercicio): <input type="checkbox"/> Walking: _____ /wk (semana) (Caminando) <input type="checkbox"/> Running: _____ /wk (semana) (Corriendo) <input type="checkbox"/> Swimming: _____ /wk (semana) (Nadando)	<input type="checkbox"/> Yoga: _____ /wk (semana) <input type="checkbox"/> Weights: _____ /wk (semana) (Levantando pesas) <input type="checkbox"/> Cycling: _____ /wk (semana) (Bicicleta)
--	--	--	--	---