

_____, Name/Nombre _____, Date/Fecha _____

YOUR REASON FOR VISIT

Su razón de venir.

PROBLEMS: Do you have any other medical problems?/ ¿Tiene otros problemas médicos?

None recorded.

ALLERGIES: List anything that you are allergic to (Medications, food, bee stings, and the like)

Alergias: Haga una lista a todo lo que usted sea alérgico (Medicamentos, alimentos, picaduras de abeja y similares)

None recorded.

MEDICATIONS: List all the medications you are taking, including prescribed, vitamins, supplements, and herbs.

Medicamentos: Haga una lista de todos los medicamentos que toma, incluyendo prescritos, vitaminas, suplementos y hierbas.

None recorded.

OTHER QUESTIONS / OTRAS PREGUNTAS

COVID-19 Vaccinations/ Vacunas (aprox dates/fecha): _____

Recent verbal, emotional, or physical abuse/ Abuso verbal, emocional o físico reciente

I Smoke/ Yo fumo, **Never smoked/Nunca fumé,** **Quit smoking/ Dejo de fumar,**

I have 4 or more alcohol drinks each week Tomo 4 o más bebidas alcohólicas a la semana

FOR STAFF USE / Para uso del personal:

Intake: _____, Pain ____/10, Ht _____, Wt _____,

BP _____/_____, T _____, P _____, R _____, O2 _____, LMP _____

Nurse: _____, CBG _____, Hours since last ate _____, HbA1c _____