

PATIENT INTAKE FORM/ INFORMACION DEL PACIENTE

Name/Nombre _____ Date/Fecha _____
Date of Birth / Fecha de nacimiento _____ Gender: ☐ Male/Masculino ☐ Female/ Femenino

NOW: ☐ PREGNANT/EMBARAZADA ☐ PACEMAKER/MARCA PASO ☐ HIV DISEASE/VIH ☐ HEPATITIS
☐ BLOOD TRANSFUSION/TRANSFUSION SANGUINEA

FAMILY HISTORY / HISTORIAL FAMILIAR:

☐ Abuse/Abuso ☐ AIDS/SIDA ☐ Alcoholism/Alcoholismo ☐ Allergies/Alergias ☐ Asthma ☐ Cancer
☐ Chemical Dependency/Farmaco dependencia ☐ Diabetes ☐ Heart Disease/Enfermedades de Corazon ☐ High Blood Pressure/Alta Presion ☐ Mental Illness/Enfermedad Mental ☐ Respiratory Diseases/Enfermedades Respiratorias
☐ Seizures/ Convulsiones ☐ Stroke/Infarto ☐ Other/Otros _____

YOUR PAST MEDICAL HISTORY/ILLNESSES: ☐ Other: _____

Historial de enfermedades Pasadas/Presente: Otras

☐ Aids/HIV/VIH ☐ Alcoholism/Alcoholismo ☐ Allergies/Alergias ☐ Anemia ☐ Arthritis/Artritis ☐ Asthma/Asma
☐ Auto Immune Disease/Enfermedad Autoinmune ☐ Bleeding Disease / Hemorragias ☐ Breast Cysts / Quiste Seno
☐ Bi Polar ☐ Bronchitis ☐ Cancer ☐ Candida (Yeast) ☐ Chemical Dependency / Farmaco Dependencia
☐ Chronic Fatigue Syndrome / Syndrome de Fatiga Cronica ☐ Chronic Lung Disease / Enf Cronica de Pulmon ☐ Colitis
☐ Diabetes ☐ Eating Disorder / Desorden Alimenticio ☐ Fracture / Fracturas ☐ Glaucoma ☐ Gall Stones / Calculos
☐ Gout / Gota ☐ Headaches / Dolor de Cabeza ☐ Heart Disease / Enfermedad de Corazon ☐ Hepatitis ☐ Hernia
☐ Herniated disc / Herniado ☐ High Blood Pressure / Presion Alta ☐ High Cholesterol / Colesterol Alto
☐ Kidney Disease / Enfermedad de Riñon ☐ Liver Disease / Enfermedad de Hgado ☐ Low blood pressure / Baja Presion
☐ Migraine / Migrana ☐ Mononucleosis ☐ Multiple Sclerosis / Esclerosis Multiple ☐ Mental Illness / Enfermedad Mental
☐ Osteoporosis ☐ Organ Transplant / Transplante de Organo ☐ Parkinson's ☐ Pneumonia
☐ Prostate problems / Problema de Prostata ☐ Rheumatic Fever / Fiebre Reumatica
☐ Seizures/Epilepsy / Convulsiones/Epilepsia ☐ Sexually Transmitted Diseases (STD) / Enfermedades transmitidas sexualmente ☐ Stroke / Infarto ☐ Substance Abuse/Addiction / Adicciones ☐ Suicide attempt / Intento de Suicidio
☐ Thyroid Disease / Enfermedad de Tiroide ☐ Tuberculosis ☐ Ulcers / Ulceras ☐ Vaccine Reaction / Reaccion a vacunas ☐ Whooping Cough / Tos Perruna

SURGERIES: (Please include dates and if any complications)

Cirujias: (indique Fecha y complicaciones)

1 - _____ 2 _____
3 - _____ 4 _____

TRAUMATIC INJURY: (Please include dates and if any complications)

Lesiones traumatica: (Indique fecha y Complicaciones)

Car accident / Accidente Automotriz _____
Falls / Caidas _____
Other _____

ALLERGIES / ALERGIAS

Drugs/Medication _____
Medicamentos _____
Chemicals?/ farmacos _____
Food / Comida _____ Seasonal/Environmental / Ambientales/Estaciones _____

CURRENT MEDICATIONS:

Medicamentos Actuales:

OCCUPATIONAL/ENVIRONMENTAL EXPOSURES OR HAZARDS:**Exposiciones peligrosas ambientales/Trabajo:**

Chemical: _____ Acid/Alkalines: _____
 Quimicas: _____ Acido/Alcalinos _____
 Heavy Metals: _____ Physical Labor: _____
 Metales Pesados _____ Labor Fisica _____
 Electrical: _____ Psychological: _____
 Electricas _____ p sycologicas _____

HABITS/EXCESSIVE USAGE: (Please tell us how often & how much)**Habitos/Usos excesivos: (Indique frecuencia y cantidad)**

☐ alcohol _____ ☐ artificial sweetener/endulzadores artificiales _____ ☐ chocolate _____
☐ cigarettes/ cigarrillos _____ ☐ coffee/ café _____ ☐ cola _____ ☐ drugs/drogas _____
☐ exercise/ejercicios _____ ☐ food/comida _____ ☐ salt/sal _____ ☐ sex/sexo _____
☐ sugar/azucar _____ ☐ tea/te _____ ☐ water/ agua _____ ☐ other/otro _____

CHIEF COMPLAINT / REASON FOR YOUR VISIT: _____**Queja Principal/ Razon de su Visita _____****How and when did this condition begin? _____****Cuando y como comenzo esta condicion? _____****Please list your main health concerns you would like to be free of, in order of importance:****Haga una lista de los problemas de salud que usted desea aliviar:**

1. _____ 2. _____
 3. _____ 4. _____

GENERAL (Please check all that apply to you within the last 3 months)**GENERAL (favor indicar todo lo que le apliqué en los ultimos 3 meses)**

☐ poor appetite poco apetito	☐ insomnia insomnia	☐ bleeds easily sangra con facilidad	Energy level: ☐ high ☐ moderate ☐ low
☐ change in appetite cambio de apetito	☐ hours of sleep _____ horas de sueno	☐ bruises easily se lesiona facil	Nivel de energia alto moderado bajo
☐ large appetite apetito abundante	☐ easy to fall asleep duerme con facilidad	☐ chronic fatigue fatiga cronica	Thirsty, desires: ☐ hot ☐ cold
☐ cravings antojos	☐ heavy sleeper duerme con profundidad	☐ lethargy letargia	Sed, desea caliente frio
☐ weight gain aumento de peso	☐ light sleeper sueno liviano	☐ fatigue/tired fatiga/cansancio	☐ room temp. ☐ no desire temp. ambiente no desea
☐ weight loss perdida de peso	☐ disturbing dreams pesadilla	☐ sudden drop in energy bajon de energia	Coldness: ☐ hands ☐ feet ☐ back
☐ diff losing/gaining w dif perdida/aumento peso	☐ excessive need for sleep somnia	☐ sleep walking sonambulo	Frio: manos pies espalda
☐ fevers fiebres	☐ trouble staying asleep dif en permanecer dormido	☐ weakness debilidad	Heat: ☐ hands ☐ feet ☐ solar plexus /
☐ chills escalofrio	☐ trouble falling asleep dif para dormirce	☐ work odd hours horas raras de trabajo	Calor: manos pies plexo solar
☐ sweating sudor	☐ sleep apnea se despierta sin aire	☐ bitter taste gusto amargo	☐ abdomen ☐ whole body abdomen cuerpo completo
☐ night sweats sudor nocturno	☐ dizziness mareado	Are you taking: Esta tomando	Stiffness: ☐ joints ☐ back ☐ limbs
☐ sweats easily suda facilmente	☐ headache dolor de cabezas	☐ Aspirin Aspirina	Rigides articuciones espalda brazos/piernas
☐ hot flashes calores	☐ tremors/shaking temblores	☐ Blood Thinners cuagulantes	Intolerance to: ☐ hot ☐ cold ☐ wind
☐ mental fog nuves mentales	☐ poor coordination coordinacion pobre	☐ Vitamins vitaminas	Intolerancia: calor frio viento
☐ edema edema	☐ vertigo vertigo	☐ Herbs Hierbas	☐ fan ☐ A/C abanico A/C
		☐ Supplements suplementos	Do you follow a special diet: ☐ yes ☐ no
			If so, please explain: _____
			Do you make time for relaxation/meditation/
			Dedica tiempo paraa relajarse/meditar
			prayer? ☐ yes ☐ no
			Reza si no

SKIN AND HAIR (Please check all that apply to you within the last 3 months)**PIEL Y PELO (indique todo lo que le apliqué en los ultimos 3 meses)**

- | | | | |
|--|--|---|---|
| ☐ rashes
erupciones | ☐ psoriasis
soriasis | ☐ itching
picor | ☐ thinning of hair
Perdida de cabello |
| ☐ eczema
eczema | ☐ eruptions
erupciones | ☐ fungal/yeast infection
Hongo/ inf de levadura | ☐ change in hair
cambio en el cabello |
| skin: ☐ dry ☐ moist | ☐ discharge
supuraciones | ☐ change in skin texture
cambio en la textura | ☐ other hair problems:
otros problemas de cabello |
| Piel: seca húmeda | ☐ pimples/acne
acne | ☐ dandruff
caspa | |
| ☐ sores
aftas | ☐ bruises
trauma | ☐ loss of hair
perdida de cabello | ☐ other skin problems:
otros problemas de piel |
| ☐ ulcers
ulceras | ☐ hives
errupcion/alergias | ☐ balding
calvicie | |
| ☐ herpes
herpes | | | |

HEAD, EYES, EARS, NOSE, MOUTH & THROAT(Please check all that apply to you within the last 3 months) CABEZA, HOJOS, OIDOS, NARIZ, BOCA y CUELLO (indique todo lo que le apliqué en los ultimos 3 meses)

- | <u>Head</u>
<u>Cabeza</u> | <u>Eyes (R/L)</u>
<u>Hojos(D/I)</u> | <u>Ears (R/L)</u>
<u>Oidos (D/I)</u> | <u>Nose</u>
<u>Nariz</u> | <u>Mouth</u>
<u>Boca</u> | <u>Throat</u>
<u>Cuello</u> |
|--|---|---|---|--|---|
| ☐ dizziness
mareos | ☐ cataract/
catarata | ☐ loss of hearing
perdida de audicion | ☐ loss of smell
perdida de olfato | ☐ grind teeth
rechina dientes | ☐ dry throat
garganta seca |
| ☐ migraine
migrañas | ☐ glaucoma
glaucoma | ☐ discharge
secreciones | ☐ good sense of smell
buen sentido olfato | ☐ drooling
babeo | ☐ hoarseness
cambio de voz |
| Headaches: | ☐ eye pain
dolor de ojo | ☐ earaches
dolor de oido | ☐ nose bleeds
sangramientos nasals | ☐ excess saliva
saliva excesiva | ☐ recurrent
recurrente |
| Dolor de cabeza: | ☐ twitching
mov involuntario | ☐ poor hearing
audicion pobre | ☐ allergies
alergias | ☐ dry mouth
sequedad bucal | ☐ sore throat
dolor de garganta |
| ☐ frontal
frontal | ☐ floaters/spots
flotantes | ☐ itchiness
picor | ☐ nasal discharge
secrecion nasal | ☐ gum disease
enf de encias | ☐ loss of voice
perdida de voz |
| ☐ temporal
temporal | ☐ poor vision
pobre vision | Ring in ears: | color: ☐ yellow
Amarillo | ☐ bad breath
mal aliento | ☐ difficulty
dificultad |
| ☐ vertex
vortex | ☐ blurry vision
vision borrosa | ☐ loud ☐ soft
alto suave | ☐ white ☐ clear
blanco claro | ☐ gum bleeding
sangre encia | ☐ edema
edema |
| ☐ occipital
occipital | ☐ night blindness
seguera nocturna | ☐ high pitch
ruido alto | ☐ green
verde | ☐ gum swelling
edema en la encia | ☐ "lump in troat"
"bulto en garganta" |
| ☐ head injury
trauma de cabeza | ☐ itchiness
picor | ☐ low pitch
tono bajo | amount: | ☐ scanty ☐ taste in mouth
escaso sabor en la boca | |
| ☐ facial pain
dolor facial | ☐ glasses/contacts
espejuelos/contactos | ☐ inflammation
inflamacion | ☐ mod
moderado | ☐ heavy ☐ ulcers
pesado ulcera | ☐ frequent
frecuencia |
| ☐ facial paralysis
paralysis facial | ☐ red eyes
ojos rojo | ☐ tenderness
sensitividad | ☐ thick
grueso | ☐ thin ☐ sores
fino ulceras | ☐ tonsillitis
amigdalitis |
| ☐ sinus problems
problema de sinositis | ☐ heaviness in head
pesades de cabeza | ☐ other: _____
otros | ☐ dry nose
nariz seca | ☐ dry lips
labios secos | ☐ freq. Troat
clearing
garraspera |
| | | ☐ other: _____
otros | ☐ other / otros _____ | | |

CARDIOVASCULAR (Please check all that apply to you within the last 3 months)**CARDIOVASCULAR (indique tolo lo que le apliqué en los ultimos 3 meses)**

- | | | | |
|--|--|---|--|
| ☐ high blood pressure
alta presion | ☐ chest pain
dolor de pecho | ☐ difficulty in breathing
dif en respirar | ☐ coma
coma |
| ☐ low blood pressure
presion baja | ☐ cold hands/feet
manos fria | ☐ shortness of breath
falta de aliento | ☐ loss of consciousness
perdida de consciencia |
| ☐ dizziness
mareos | ☐ swelling hands/feet
edem manos/pies | ☐ dream disturbance
pesadillas | ☐ heart pounding
palpitaciones cardiacas |
| ☐ fainting
desmayo | ☐ irregular heart beat
pulsaciones cardiacas irregulares | ☐ poor memory
memoria pobre | ☐ stifling sensation in chest
pecho trancado |
| ☐ palpitations
palpitaciones | ☐ insomnia
insomnia | ☐ mania/delirium
mania/alucinaciones | other: _____
otros: |

RESPIRATORY (Please check all that apply to you within the last 3 months)**RESPIRATORIO (indique todo lo que le apliqué en los ultimos 3 meses)**

- | | | |
|--|--|---|
| ☐ pneumonia
neumonía | <i>cough:</i> how long? _____
<i>Tos:</i> cuanto tiempo? | ☐ shortness of breath
Falta de aliento |
| ☐ bronchitis
bronquitis | ☐ dry ☐ croup ☐ rapid ☐ other
seca perruda seguida otra | ☐ fullness in chest
pesadez en el pecho |
| ☐ asthma
asma | <i>phlegm:</i> ☐ thin ☐ thick ☐ clear
<i>flema</i> fina espeza clara | <i>difficulty breathing:</i>
difficultad para respirar |
| ☐ coughing blood
tose sangre | ☐ white ☐ yellow ☐ green
blanca amarilla verde | ☐ sitting ☐ lying down
sentado acostado |
| ☐ wheezing
silvido en pecho | ☐ tightness in chest ☐ allergies
oppression en pecho alergias | ☐ difficulty inhaling or exhaling
dificultad inhalado/exhalando |
| ☐ frequent colds
catarros frecuentes | ☐ sinus infection ☐ post nasal drip
sinusitis goteo postnasal | ☐ frequent sighing
suspiraciones |
| ☐ chronic cough
tos crónica | ☐ sinus congestion ☐ heaviness in chest
congestion nasal pesadez en pecho | ☐ other chest discomfort
otras molestias de pecho |

GASTROINTESTINAL (Please check all that apply to you within the last 3 months)**GASTROINTESTINAL (indique todo lo que le apliqué en los ultimos 3 meses)**

- | | | | | |
|--|---|---|---|--|
| ☐ food allergies
alergias a comidas | ☐ taste in mouth
sabor en la boca | ☐ loose stools
heces sueltas | ☐ difficult stools
heces difíciles | ☐ tenderness in abdomen
sensotividad en abdomen |
| ☐ vomiting
vómito | ☐ belching
gases | ☐ bloody/black stools
heces negras/oscuras | ☐ mucus in stools
heces con mucosidad | ☐ fullness in abdomen
llenura en abdomen |
| ☐ cramping
calambres | ☐ bad breath
mal aliento | ☐ ulcers
úlceras | ☐ hemorrhoids
hemorroides | ☐ burning in abdomen
quemason en abdomen |
| ☐ gas after meals
gases despues de las comidas | ☐ hiccup
hipo | ☐ increased appetite
aumento en apetito | ☐ hernia
hernias | ☐ like/dislike pressure
gusta/disgusta presión abd |
| ☐ abd/stomach pain
dolor abdominal | ☐ constipation
estreñimiento | ☐ poor appetite
pobre apetito | ☐ rectal pain
dolor rectal | ☐ like/dislike cold
gusta/no gusta frío |
| ☐ nausea
náusea | ☐ diarrhea
diarrea | ☐ hungry-no desire to eat
ambre sin apetito | ☐ rectal bleeding
sangremiento rectal | ☐ like/dislike warmth
gusta/no gusta calor |
| ☐ overeat
llenura | ☐ mouth sores
úlceras bucales | ☐ dry, hard stools
heces secas/duras | ☐ pain with passing stool
dolor al defecar | ☐ difficulty swallowing
dificultad al tragar |
| ☐ tastelessness
perdida de sabor | ☐ heart burn/reflux
reflujo | ☐ "nervous stomach"
"estomago nervioso" | ☐ fluctuation in feces
fluctuación en heces fecales | |
| ☐ fatigue after eating
fatiga luego de comer | ☐ bulimia | ☐ cravings
antojos | ☐ gall stones
calculi biliares | |

GENITO-URINARY (Please check all that apply to you within the last 3 months)**GENITO-URINARIO (indique todo lo que le apliqué en los ultimos 3 meses)**

- | | | | |
|---|--|---|---|
| ☐ burning /painful urine
ardor/dolor al orinar | ☐ poor stream/scanty urine
orina escasa | ☐ diminished sex drive
disminución deseo sexual | ☐ discharge
secreciones |
| <i>color:</i> ☐ cloudy ☐ pale
<i>Color:</i> nuboso pálido | ☐ dribbling urine
goteo | ☐ increased sex drive
aumento de libido | ☐ history of kidney stones
historial calculos renales |
| ☐ dk yellow ☐ pink/red
Amarillo oscuro rosado/rojo | ☐ unable to urinate
incapacidad de orinar | ☐ impotency
impotencia | ☐ history of bladder infections
infecciones de vejiga |
| ☐ unable to hold urine
aguantar la orina | ☐ frequent urination
frecuencia de micción | ☐ genital itching
picor genital | ☐ history of prostate problems
incapacidad de historial problemas de próstata |
| ☐ urgency to urinate
micción con urgencia | ☐ sexually active ?
sexualmente activo | ☐ genital sores/pain
chancros genitales | ☐ history of STD
historial de ETS |
| ☐ wakes up to urinate more than once per night How many times? _____
despierta mas de una vez para orinar. Cuantas veces? _____ | | | |

NEUROPHYSIOLOGICAL (Please check all that apply to you within the last 3 months)**NEUROFISIOLÓGICO (Indique todo lo que le aplicó en los últimos 3 meses)**

- | | | | |
|---|--|--|---|
| ☐ history of mental illness
historial de enf mentales | ☐ melancholy
melancolia | ☐ joyful
alegre | ☐ tremors/shaking
temblores |
| ☐ depression
depresión | ☐ grieving
luto/perdida | ☐ giddy
se rie mucho | ☐ convulsions
convulsiones |
| ☐ anxiety
ansiedad | ☐ easy to anger
fácil de enojarse | ☐ over-thinking
piensa demasiado | ☐ coma
coma |
| ☐ easily stressed
fácil de estresarse | ☐ irritability
irritabilidad | ☐ talkative
hablador | ☐ concussion
contusión |
| ☐ confusion/foggy
confusión/neblura | ☐ restlessness
inquietud | ☐ silent
callado | ☐ paralysis
parálisis |
| ☐ lack of clarity
falta de claridad | ☐ emotional
emocional | ☐ extrovert
extrovertido | ☐ trauma at birth
nacimiento traumático |
| ☐ moody
mal genio | ☐ frequent sighing
suspiros frecuentes | ☐ introvert
introvertido | ☐ vaginal delivery ☐ cesarean
nacimiento vaginal cesaria |
| ☐ fear/fright
miedo/sustos | ☐ over-worried
preocupación excesiva | ☐ poor memory
mala memoria | ☐ considered/attempted suicide
considero/intento suicidio |
| ☐ hyper
hiperactivo | ☐ bad-tempered
mal genio | ☐ seizures
ataques | ☐ unable to focus
inhabilitado para concentrarse |
| ☐ sadness
tristeza | ☐ tics
movimiento involuntario | ☐ panic
pánico | ☐ phobia
fobias |
| ☐ frustration
frustraciones | ☐ hopelessness
desesperanza | ☐ feeling stuck
siente que no progresa | ☐ seeing therapist
recibiendo terapeuta |

MEN'S HEALTH (Please check all that apply to you within the last 3 months)**SALUD MASCULINA (Indique todo lo que le aplicó en los últimos 3 meses)**

- | | | |
|--|---|---|
| ☐ prostate problems
problemas de próstata | ☐ swellings, lumps and pain in testicles
inchazón, bultos /dolor testicular | ☐ discharge from penis
secreción del pene |
| ☐ decreased libido
disminución de libido | ☐ cold feeling in genitals
sensación genital fría | ☐ difficult achieving and maintaining erection
dificultad en obtener /mantener erección |
| ☐ hernia
hernia | ☐ difficult ejaculation
eyaculación con dificultad | ☐ injury to reproductive organs
órgano reproductivo lastimado |
| ☐ infertility
infertilidad | ☐ painful erections
erecciones dolorosas | ☐ currently sexually active
sexualmente activo en la actualidad |
| ☐ history of STD / historial de ETS ☐ other/otros: | | |

MUSCULO-SKELETAL (Please check all that apply to you within the last 3 months)**MUSCULO-ESQUELETO (Indique todo lo que le aplicó en los últimos 3 meses)**

- Area:** ☐ face/cara ☐ jaw/quijada ☐ chest/pecho ☐ epigastric area/área epigástrica ☐ rib cage/costales
- ☐ low abdominal/abdomen bajo ☐ pelvic/pelvis ☐ genitals/genitales ☐ neck/cuello ☐ shoulder/hombros ☐ fingers/dedos
- ☐ upper back/espalda sup ☐ mid back/espalda med ☐ knee/rodilla ☐ lower back/espalda baja ☐ sacrum/tailbone/coxis
- ☐ sciatica/ciática ☐ upper limbs/miembros superiores ☐ lower limbs /miembros inferiores ☐ feet/pies ☐ whole body/cuerpo completo
- ☐ bone/hueso ☐ muscle/musculo ☐ joint/cojuntura

Rate the pain: Scale 1-10 (10 worst)/ **Indique** intensidad del dolor escala 1-10 (10 es lo peor) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Please indicate which side is affected/ Indique que lado está afectado: _____

How often is the pain present?/ ¿Que por ciento de tiempo está este dolor presente? ☐ 0-25% ☐ 26-50% ☐ 51-75% ☐ 76-100%

Do you often carry heavy objects?/ Carga usted objetos pesados? ☐ not often/no frecuente ☐ often/frecuente

Is your pain/ Es su dolor? : ☐ fixed/fijo ☐ moves around/se mueve ☐ radiates/irradia ☐ sharp/cortante ☐ dull/pesado

Is the pain ☐ aggravated by ☐ alleviated by: ☐ sitting ☐ standing ☐ movement ☐ pressure ☐ warmth
El dolor **se agrava con** **se alivia con:** **sentado parado movimiento presión calor**

☐ cold/frío ☐ other/otro: _____

Do you have? Tienen usted ☐ pain dolor ☐ swelling inchazón ☐ burning quemazón ☐ weakness debilidad ☐ numbness área dormida ☐ tingling hormiguero ☐ arthritis artritis ☐ clicking tensión

☐ stiffness rigidez ☐ spasms espasmos ☐ twitching temblores ☐ shaking temblor ☐ soreness adolorido ☐ tenderness sensibilidad ☐ unsteadiness desequilibrio ☐ tension tensión

☐ heaviness pesadez ☐ better with movement mejor con movimiento ☐ worse with movement peor con movimiento ☐ hernia hernia

GYNECOLOGY AND PREGNANCY (Please check all that apply to you within the last 3 months)
GYNECOLOGICO Y EMBARRAZO (Indique todo lo que le apliqué en los últimos 3 meses)

- Date of last PAP/ Fecha de último PAP: _____ Last Menstrual Period/ Última menstruación: _____
- ☐ endometriosis **color:** ☐ pale red/rojo pálido ☐ light red/rojo claro ☐ currently sexually active/ sexualmente activa
- ☐ pregnant currently/ embarazada ☐ pelvic pain/ dolor pélvico ☐ red/rojo ☐ dark red / rojo oscuro
- ☐ # of pregnancies/# de embarazos _____ ☐ # of live births/ num. Parto ☐ no. of miscarriages/# de Abortos naturales _____
- ☐ # of abortions/# de Abortos Inducidos _____ ☐ # of premature birth/ # nacimiento prematuro _____
- ☐ age at first menses/edad primera menstruación ☐ fibroids/fibroma
- ☐ red/purple /rojo purpura ☐ purple/purpura ☐ length of period/ duración periodo _____
- ☐ abd. Bloating/fullness/ distensión/hinchura abd ☐ dk purple/ purpura oscura ☐ brown/carmelita
- ☐ spotting between periods **clots**/ manchas entre ciclos cuagulos: ☐ large/grandes ☐ small/ pequeños
- ☐ early menstrual cycle(less 21 days)/ periodo temprana ☐ mood change before period/ cambio de humor antes de periodo
- ☐ body change before period /cambio corporal antes periodo ☐ late menstrual cycle (less than 35 days)/ periodo tarde (menos de 35 días)
- Menstrual pain/cramps/Dolor de Periodo:** ☐ before/antes ☐ during/durante ☐ after/despues
- Vaginal discharge/ Descarga vaginal:**
- ☐ odor/olor ☐ no odor/no olor watery/aguado thick/espezo curdy/cortado itchy/picor **color:** ☐ clear/claro ☐ white/blanco ☐ yellow/amarillo ☐ bloody/sangriento
- ☐ infertility/infertilidad ☐ pain during intercourse/ dolor durante relaciones sexuales ☐ irregular menstrual cycle/ periodo irregular
- ☐ days of heavy flow/días de flujo pesado _____ ☐ uterine prolaps/ prolapso uterino
- ☐ **menopause/menopausa:** ☐ pre ☐ post ☐ endometriosis

birth control pills:

- pildora control de natalidad
- type _____
- tipo _____
- how long? _____
- cuanto tiempo? _____
- ☐ hormone replacement
- remplazo hormonal

- ☐ age at menopause _____ **flow:** ☐ thick ☐ thin
- edad de menopausa **flujo:** mucho fino
- ☐ history of ovarian cysts **amount:** ☐ scanty ☐ mod
- historia quistes ovaries **cantidad** escasos mod
- ☐ history of uterine problems ☐ heavy ☐ very heavy
- Historial problemas uterinos pesado muy pesado
- ☐ decreased libido ☐ absent menstruation
- disminución de libido periodo ausente

- ☐ vaginal burning/itching
- pocor/calentura vaginal
- ☐ vaginal pain
- dolor vaginal
- ☐ genital eruptions
- erupciones genitales

BREAST (Please check all that apply to you within the last 3 months) SENOS (últimos 3 meses)

- ☐ history of breast disease ☐ breast tenderness **breast discharge:** ☐ clear ☐ white ☐ yellow ☐ green
- historial de enfermedades del seno sensibilidad senos **secreciones de seno:** claro blanco Amarillo verde
- ☐ breast lumps/masses ☐ breast fullness/swelling ☐ black ☐ blood ☐ watery ☐ thin ☐ thick
- masas/bultos en senos inchazón/hinchura en senos Negro sangre aguado fino grueso
- ☐ history of breast cancer ☐ breast pain other: _____
- historial cancer seno dolor senos otros: _____

INFERTILITY (Please explain with as much detail as possible) INFERTILIDA (FAVOR DE EXPLICAR)

- How long have you been trying to get pregnant?/ Cuanto tiempo lleva intentando embarazarse?** _____
- Have you tried any method of assisted reproduction?/ Ha intentado algún método reproducción asistida?** _____
- Any long term exposure to chemicals?/Exposición crónica a sustancias químicas?** _____
- Do you keep track of you menstrual cycle?/ Mantiene calendario de su periodo?** _____
- Do you keep your BBT(Basal Body Temperature)?/Lleva cuenta de su temperatura basal corporal?** _____
- Do you test yourself for ovulation?/Se autoexamina para ovulación?** _____
- Has your partner been evaluated for infertility?/Ha sido su pareja examinado para infertilidad?** _____
- Anything else you would like to tell us?/Desea compartir cualquier otra información?** _____