



atlanta vanguard
medicalassociates

Name (Nombre) _____

Date of Birth (Fecha de nacimiento): _____

Please let us know your reason for today's visit Por favor, háganos saber el motivo de su visita de hoy :

Current Medications (with dosage) Please include vitamins and herbal medications:

Medicamentos actuales (con la dosis) Por favor incluya vitaminas y medicamentos a base de plantas:

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Past Medical History (Your medical history) Historial Médico (Su historial médico):

Please answer the following as best as you can. Questions with ** are required. Any other medical problems that do not apply may be left blank. Thank you.
Por favor, responda a la siguiente de la mejor manera que pueda. Se requieren preguntas con **. Cualquier otro problema médico que no se aplican se pueden dejar en blanco. Gracias.

** High Blood Pressure	Yes	No	** Presión Arterial Alta	Sí	No
** Diabetes Mellitus	Yes	No	** Diabetes Mellitus	Sí	No
** Asthma	Yes	No	** Asma	Sí	No
** Congestive Heart Failure	Yes	No	** Insuficiencia Cardíaca Congestiva	Sí	No
** Coronary Artery Disease	Yes	No (Please circle which one)			
Angina		Myocardial Infarction (Heart Attack)	Heart Stent		Coronary Bypass Graft (CABG)
** Enfermedad coronaria	Sí	No (Por favor circule cual)			
Angina		Infarto de miocardio (ataque al corazón)	Heart Stent		Coronario injerto de bypass (CABG)
High Cholesterol	Yes	No	Colesterol Alto	Sí	No
Lung Disease	Yes	No (Please circle which one)	Enfermedades Respiratorias	Sí	No (Por favor circule cual)
Asthma		Pulmonary Fibrosis	Chronic Obstructive Pulmonary Disease		Pulmonary Hypertension
Asma		Fibrosis pulmonar	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica		Pulmonar Hipertensión
Pulmonary Embolism		Sleep Apnea	Emphysema		
Embolia pulmonar		Apnea del Sueño	Enfisema		
Vascular Disease	Yes	No (Please circle which one)	Enfermedad Vascular	Sí	No (Por favor circule cual)
Abdominal Aortic Aneurysm		Thoracic Aneurysm	Aortic Dissection		
Aneurisma aórtico abdominal		Aneurisma torácico	Discción aórtica		

Heart Valve Problem	Yes	No (Please circle which one)	<i>Válvula cardíaca Problema</i>	Sí	No (Por favor circule cual)
Heart murmur		Aortic stenosis	Aortic regurgitation		Mitral regurgitation
<i>Soplo en el corazón</i>		<i>aórtica Estenosis</i>	<i>aórtica regurgitación</i>		<i>mitral regurgitación</i>
Mitral Valve Prolapse		Mitral Stenosis	Rheumatic Heart Disease		Pulmonic Stenosis
<i>Prolapso de válvula mitral</i>		<i>Estenosis mitral</i>	<i>reumática del corazón</i>		<i>Enfermedad pulmonar Estenosis</i>
Vascular Disease of the Brain	Yes	No (Please circle which one)	<i>Enfermedades Vasculares del Cerebro</i>	Sí	No (Por favor circule cual)
Carotid Stenosis		Stroke	Transient Ischemic Attack (TIA)		
<i>Estenosis carotídea</i>		<i>Stroke</i>	<i>Ataque transitorio de isquemia (TIA)</i>		
Congenital or Structural Heart Disease	Yes	No (Please circle which one)			
<i>Congénita o cardiopatía estructural</i>	Sí	<i>No (Por favor circule cual)</i>			
Atrial Septal Defect		Ventricular Septal Defect			
<i>La comunicación interauricular</i>		<i>comunicación interventricular</i>			
Hypertrophic Cardiomyopathy		Other congenital cardiac abnormality			
<i>Miocardiopatía hipertrófica</i>		<i>Otro anomalía cardíaca congénita</i>			
EKG Abnormalities	Yes	No (Please circle which one)	<i>EKG anomalías</i>	Sí	No (Por favor circule cual)
Left Bundle Branch Block		Right Bundle Branch Block	AV Block		Wolff-Parkinson White
<i>Bloqueo de rama izquierda</i>		<i>Bloqueo de rama derecha</i>	<i>Bloqueo AV</i>		<i>Wolff- Parkinson Blanco</i>
Heart Rhythm Problems	Yes	No (Please circle which one)	<i>Ritmo Cardíaco Problemas</i>	Sí	No (Por favor circule cual)
Pacemaker		Marcapasos	Pacemaker Defibrillator		Marcapasos desfibrilador
Peripheral Vascular Disease	Yes	No (Please circle which one)			
<i>Enfermedad Vascular Periférica</i>	Sí	<i>No (Por favor circule cual)</i>			
Varicose Veins		Venous Insufficiency	Peripheral Arterial Disease		Peripheral Stents
<i>Venas varicosas</i>		<i>Insuficiencia venosa</i>	<i>Enfermedad Periférica arterial</i>		<i>Periférica Stents</i>
Peripheral Artery Bypass Surgery					
<i>Periférica de la arteria Cirugía de Bypass</i>					
Kidney Problems	Yes	No (Please circle which one)	<i>Problemas renales</i>	Sí	No (Por favor circule cual)
Impaired kidney function		Renal Failure	Dialysis		
<i>Insuficiencia renal</i>		<i>Renal Insuficiencia</i>	<i>Diálisis</i>		
Gastrointestinal problems	Yes	No (Please circle which one)	<i>Problemas gastrointestinales</i>	Sí	No (Por favor circule cual)
Gastritis		Gastric Reflux	Peptic Ulcer Disease		Liver Disease
<i>Gastritis</i>		<i>Reflujo gástrico</i>	<i>Enfermedad de Úlceras Péptica</i>		<i>Enfermedad del hígado</i>
Inflammatory Bowel Disease		Crohn's Disease	Diverticulosis		Irritable Bowel
<i>Enfermedad inflamatoria intestinal</i>		<i>Enfermedad de Crohn</i>	<i>La diverticulosis</i>		<i>Intestino Irritable</i>
Endocrine Problems	Yes	No (Please circle which one)	<i>Endocrino Problemas</i>	Sí	No (Por favor circule cual)
Hyperthyroidism		Hypothyroidism			
<i>Hipertiroidismo</i>		<i>Hipotiroidismo</i>			
Blood problems	Yes	No (Please circle which one)	<i>Problemas de la sangre</i>	Sí	No (Por favor circule cual)
Sickle Cell disease		Anemia	Bleeding Disorders		
<i>Enfermedad de células falciformes</i>		<i>Anemia</i>	<i>Trastornos de la coagulación</i>		

Cancer	Yes	No (Please circle which one)	Cáncer	Sí	No (Por favor circule cual)			
Breast	Lung	Stomach	Liver	Colon	Leukemia	Lymphoma	Skin	Bone
Mama	Pulmón	Estómago	Hígado	Colon	Leucemia	Linfoma	Piel	Hueso
Infectious Disease	Yes	No (Please circle which one)	Enfermedades Infecciosas	Sí	No (Por favor circule cual)			
HIV	Hepatitis B	Hepatitis C	Syphillis	Herpes				
VIH	Hepatitis B	Hepatitis C	Sifilis	Herpes				

Allergies – Please list NONE **Alergias - enumerar favor Ninguno**

GYN History Historia GYN

Last menstrual period El último período menstrual _____

Date of last pap smear Fecha de la última prueba de Papanicolaou _____

Abnormal paps? Yes No Paps anormales? Sí No

Currently sexually active Yes No Actualmente la actividad sexual Sí No

Obstetrics History Obstetricia Historia

Total pregnancies Embarazos totales _____

Total children living Total de niños que viven _____

Surgical History (please list dates as well) None

Antecedentes quirúrgicos (por favor indique las fechas también) Ninguno

Hospitalizations (please list dates as well) None

Hospitalizaciones (por favor indique las fechas también) Ninguno

PREVENTIVE SCREENING - When was the last time you had:	DETECCIÓN PREVENTIVA - ¿Cuándo fue la última vez que tuvo:
Bone Density Densidad Ósea _____	Tetanus vaccine La vacuna antitetánica _____
Colonoscopy Colonoscopia _____	Mammogram Mamografía _____
Pap Smear Prueba de Papanicolaou _____	Prostate Exam Examen de próstata _____
Pulmonary Function Test/Prueba de función pulmonar _____	
Testicular Exam Examen testicular _____	
Influenza vaccine La vacuna contra la influenza _____	
Pneumonia vaccine La vacuna contra la neumonía _____	

Family History *Historia Familiar*

Mother	High Blood Pressure	Diabetes	Coronary Artery Disease	Stroke
Madre	<i>Presion alta</i>	<i>Diabetes</i>	<i>Enfermedad de la arteria coronaria</i>	<i>Derrame</i>
	Aneurysm	Peripheral Vascular Disease	Cancer (Type) _____	
	<i>Aneurisma</i>	<i>Enfermedad vascular periférica</i>	<i>Cáncer(tipo)</i> _____	
Father	High Blood Pressure	Diabetes	Coronary Artery Disease	Stroke
Padre	<i>Presion alta</i>	<i>Diabetes</i>	<i>Enfermedad de la arteria coronaria</i>	<i>Derrame</i>
	Aneurysm	Peripheral Vascular Disease	Cancer (Type) _____	
	<i>Aneurisma</i>	<i>Enfermedad vascular periférica</i>	<i>Cáncer(tipo)</i> _____	
Siblings	High Blood Pressure	Diabetes	Coronary Artery Disease	Stroke
Hermanos	<i>Presion alta</i>	<i>Diabetes</i>	<i>Enfermedad de la arteria coronaria</i>	<i>Derrame</i>
	Aneurysm	Peripheral Vascular Disease	Cancer (Type) _____	
	<i>Aneurisma</i>	<i>Enfermedad vascular periférica</i>	<i>Cáncer(tipo)</i> _____	
	How many: Brothers _____	Sisters _____	Cuantos: Hermanos _____	Hermanas _____
Children	High Blood Pressure	Diabetes	Coronary Artery Disease	Stroke
	Aneurysm	Peripheral Vascular Disease		
	Cancer (Type) _____			
	How many: Sons? _____	Daughters? _____		
Niños	<i>Presion alta</i>	<i>Diabetes</i>	<i>Enfermedad de la arteria coronaria</i>	<i>Derrame</i>
	<i>Aneurisma</i>	<i>Enfermedad vascular periférica</i>		
	<i>Cáncer(tipo)</i> _____			
	Cuantos: Hijos _____	Hijas _____		

Social History *Historia Social*

Marital Status :	Single	Married	Divorced	Separated	Widowed
<i>Estado civil:</i>	<i>Soltero</i>	<i>Casado</i>	<i>Divorciado</i>	<i>Separado</i>	<i>Viudo</i>
Occupation:	_____ <i>Ocupación:</i> _____				

Tobacco Use *Uso de tabaco :*Are you a *¿Es usted un :*

Current smoker	Current every day smoker	Current some day smoker	Former smoker
<i>Fumador actual</i>	<i>Fumador diario actual</i>	<i>Fumador algun dias actual</i>	<i>Ex Fumador</i>
Current status unknown	Non-smoker	Unknown if ever smoked	
<i>Estado actual desconocido</i>	<i>No fumador</i>	<i>Desconocido si ha fumado</i>	

How many cigarettes a day do you smoke? *¿Cuántos cigarrillos al día fuma usted ?*

5 or less 6-10 11-20 21-30 31 or more

How long have you been smoking for? *¿ Cuánto tiempo ha estado fumando durante?* _____Are you interested in quitting? *¿Estás interesado en dejar de fumar ?*

Ready to quit	Thinking about quitting	Not ready to quit
<i>Listo para dejar de fumar</i>	<i>Pensando en dejar de fumar</i>	<i>No está listo para dejar de fumar</i>

For former smokers *Para los ex fumadores :*When did you quit smoking? *¿Cuándo se deja de fumar ?* _____How long did you smoke for? *¿Por cuánto tiempo esta fumando?* _____

Alcohol use:	Yes	No	<i>El consumo de alcohol :</i>	Sí	No
Did you have a drink containing alcohol in the past year?				Yes	No
<i>¿Tuviste una bebida que contiene alcohol en el último año?</i>				Sí	No
How often did you have 6 or more drinks on one occasion in the past year?					
<i>¿Con qué frecuencia usted tiene 6 o más bebidas en una ocasión en el último año ?</i>					
	Never	Less than monthly	Monthly	Weekly	Daily or almost daily
	<i>Nunca</i>	<i>Menos de mes</i>	<i>Mensualmente</i>	<i>Semanalmente</i>	<i>Cada día diario</i>
How many drinks did you have on a typical day when you were drinking in the past year?					
<i>¿Cuántas bebidas tomó en un día típico cuando estaba bebiendo en el último año ?</i>					
	1 or 2 drinks	3 or 4 drinks	5 or 6 drinks	7 to 9 drinks	10 or more drinks
	<i>1 o 2 bebidas</i>	<i>3 o 4 bebidas</i>	<i>5 o 6 bebidas</i>	<i>7-9 bebidas</i>	<i>10 o más bebidas</i>
How often did you have a drink containing alcohol in the past year?					
<i>¿Con qué frecuencia consume alguna bebida que contenga alcohol en el último año ?</i>					
	Never	Monthly or less	2 to 4 times a month	2 to 3 times a week	4 or more time a week
	<i>Nunca</i>	<i>Mensual o menos</i>	<i>2 a 4 veces al mes</i>	<i>2 a 3 veces a la semana</i>	<i>4 o mas veces a la semana</i>

Review of Systems <i>Revisión de los Sistemas</i>					
General <i>General</i>					
Fatigue	Fever	Headache	Lightheadedness	Sleep disturbance	Weight gain
<i>Fatiga</i>	<i>Fiebre</i>	<i>Dolor de cabeza</i>	<i>Mareo</i>	<i>Alteraciones del sueño</i>	<i>Aumento de Peso</i>
Weight loss	Night sweats				
<i>Pérdida de peso</i>	<i>Sudores nocturnos</i>				
Ears/Nose/Throat <i>Oídos/Nariz/Garganta</i>					
Decreased hearing	Ear pain	Ringing in the ears	Sore throat	Swollen glands	Sinus pain
<i>Disminución de la audición</i>	<i>Dolor de oído</i>	<i>Zumbido en los oídos</i>	<i>Dolor de garganta</i>	<i>Inflamación de las glándulas</i>	<i>Dolor del seno</i>
Endocrine <i>endocrino</i>					
Cold intolerance	Heat intolerance	Excessive sweating	Weight loss	Excessive thirst	
<i>Intolerancia al frío</i>	<i>Intolerancia al calor</i>	<i>Sudoración excesiva</i>	<i>Pérdida de peso</i>	<i>Sed excesiva</i>	
Respiratory <i>respiratorio</i>					
Cough	Pain with inspiration	Sputum production	Wheezing		
<i>Tos</i>	<i>Dolor con la inspiración</i>	<i>Producción de esputo</i>	<i>Sibilancias</i>		
Cardiovascular <i>cardiovascular</i>					
Chest pain at rest	Chest pain with exertion	Difficulty lying flat	Dizziness		
<i>Dolor en el pecho en reposo</i>	<i>Dolor en el pecho con el esfuerzo</i>	<i>Dificultad acostado</i>	<i>Mareos</i>		
Fluid accumulation in the legs	Irregular heartbeat	Shortness of breath	Shortness of breath with activity		
<i>La acumulación de líquido en las piernas</i>	<i>Latido del corazón irregular</i>	<i>Dificultad para respirar</i>	<i>Dificultad para respirar con la actividad</i>		
Breathlessness when lying flat	Leg pain with activity	Palpitations			
<i>Dificultad para respirar al acostarse</i>	<i>Dolor en las piernas con la actividad</i>	<i>Palpitaciones</i>			

Gastrointestinal Gastrointestinal

Abdominal pain <i>Dolor abdominal</i>	Constipation <i>Estreñimiento</i>	Decreased appetite <i>Disminución del apetito</i>	Diarrhea <i>Ddiarrea</i>	Nausea <i>Náuseas</i>	Vomiting <i>Vómitos</i>
Blood in the stool <i>Sangre en las heces</i>	Heartburn <i>La acidez</i>	Change in bowel habits <i>Cambio en los hábitos intestinales</i>		Difficulty swallowing <i>Dificultad para deglutir</i>	

Hematology Hematología

Easy bruising <i>Fácil aparición de moretones</i>	Prolonged bleeding <i>El sangrado prolongado</i>
--	---

Genitourinary Genitourinario

Blood in the urine <i>Sangre en la orina</i>	Difficulty urinating <i>Dificultad para orinar</i>	Frequent urination <i>Micción frecuente</i>	Pain in the lower back <i>Dolor en la parte baja de la espalda</i>	Painful urination <i>Dolor al orinar</i>
---	---	--	---	---

Musculoskeletal Trastornos musculoesqueléticos

Painful joints <i>Dolor en las articulaciones</i>	Swollen joints <i>Hinchazón de las articulaciones</i>	Joint stiffness <i>Rigidez articular</i>	Muscle aches <i>Dolores musculares</i>
--	--	---	---

Peripheral vascular vascular periférica

Absent pulses in the feet <i>Ausencia de pulsos en los pies</i>	Absent pulses in hands <i>Ausencia de pulsos en las manos</i>	Cold extremities <i>Extremidades frías</i>	Blanching of the skin <i>El blanqueo de la piel</i>
Pain/cramping in the legs with walking <i>El dolor / calambres en las piernas al caminar</i>		Ulceration of feet <i>La ulceración de los pies</i>	Decreased sensation in extremities <i>Disminución de la sensibilidad en las extremidades</i>

Skin piel

Dry skin <i>La piel seca</i>	Moles <i>Moles</i>	Rash <i>Salpullidos</i>	Scaly lesions of the skin/scalp <i>Lesiones escamosas de la piel / cuero cabelludo</i>	Discoloration <i>Descoloramiento</i>	Skin lesion <i>Lesión cutánea</i>
---------------------------------	-----------------------	----------------------------	---	---	--------------------------------------

Neurologic Neurológico

Headache <i>Dolor de cabeza</i>	Dizziness <i>Mareo</i>	Difficulty speaking <i>Dificultad para hablar</i>	Memory loss <i>Pérdida de la memoria</i>	Transient loss of vision <i>Pérdida transitoria de la visión</i>
Tremor <i>Temblor</i>	Tingling/numbness <i>Tiñendo / entumecimiento</i>	Balance difficulty <i>Equilibrio dificultad</i>	Gait abnormality <i>Anormalidad de la marcha</i>	Loss of strength <i>La pérdida de fuerza</i>
Fainting <i>Desmayo</i>				

Psychiatric Psiquiátrico

Anxiety <i>Ansiedad</i>	Depressed Mood <i>Estado de ánimo depresivo</i>	Stressors <i>Los factores de estrés</i>
----------------------------	--	--

What is your preferred pharmacy? ¿Cuál es su farmacia preferida?

Name of Pharmacy Nombre de Farmacia _____

Address Dirección _____

City, Zip Code Ciudad, Código Postal _____

Phone Number Número de teléfono _____