

SANTA BARBARA PULMONARY CONSULTANTS

- Jeffrey L. Kupperman, M.D.
- Ronald G. Ungerer, M.D.
- Robert S. Wright, M.D.
- Richard A. Belkin, M.D.
- Jeffrey S. Sager, M.D.

Name (Nombre): _____ **Date of Birth** (Fecha de nacimiento): _____

Date (Fecha): _____ **Age** (años): _____

Referring physician (Medico de referencia): _____

Other physicians involved in your care (require a copy of this visit) Otros medicos involucrados en su cuidado: _____

Reason you are seeing the doctor (razon por la que esta viendo el medico): _____

Past Medical History (Historia medica pasada):

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |
| |

DOCTORS USE ONLY

(Utilizado por medico)

Past Surgical History (Historia de cirugias):

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |
| |

Current Medications (Medicamentos actuales):

| Name of Medication (Medicamentos) | Dose (Dosis) | Frequency (Frecuencia) |
|--------------------------------------|-----------------|---------------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

***Please be advised that completing preliminary health and insurance questionnaires does not establish a physician-patient relationship with this practice. The doctor will review your health history and conduct an initial evaluation to determine whether you are a suitable candidate and whether the practice will accept you as a patient.**

***Tenga en cuenta que la realización de cuestionarios de salud y seguros preliminares no establece una relación médico-paciente con esta práctica. El médico revisará su historia clínica y realizará una evaluación inicial para determinar si usted es un candidato adecuado y si la práctica se aceptará como paciente.**

| | | | |
|----------------|----|----|---------------------------|
| (Alergias) | Si | No | Lista de alergias medicas |
| X-Ray Contrast | | | |
| Latex | | | |
| Medications | | | |
| | | | |

Family History (Historia familiar):

Mother (Madre): Living (Vivos): ___ Deceased (Fallecidos): ___
 Cause of death or health problems (causa de la muerte o problemas de salud): _____

Father (Padre): Living (Vivos): ___ Deceased (Fallecidos): ___
 Cause of death or health problems (causa de la muerte o problemas de salud): _____

Brothers (Hermanos): Living (Vivos): ___ Deceased (Fallecidos): ___
 Cause of death or health problems (causa de la muerte o problemas de salud): _____

Sisters (Hermanas): Living (Vivos): ___ Deceased (Fallecidos): ___
 Cause of death or health problems (causa de la muerte o problemas de salud): _____

Social History (Historia social):

Birth place (Lugar de nacimiento): _____

Place of residence (Lugar de residencia): _____

Marital status (Estado civil): _____

Number of children (Numero de ninos): _____

Have you ever smoked (Alguna vez has fumado)? _____

Years smoked (Anos fumo): _____

Packs per day (Paquetes por dia): _____

When did you quit smoking (Cuando dejo de fumar)? _____

Do you drink alcohol (Bebes alcohol)? _____

How many drinks per week (Cuantas bebidas por semana)? _____

Do you use any other substances (Como se utiliza cualquier otra sustancia)? _____

Occupation (Ocupacion): _____

Occupational exposures (Exposiciones ocupacionales): _____

Pets/animals (Mascotas): _____

Travel history in past 6 months (Historial de viajes en los ultimos 6 meses): _____

| |
|--|
| <u>DOCTORS USE ONLY</u> (Utilizado por medico) |
| Constitutional: |
| |
| |
| Head, Ears, Nose, Mouth and Throat: |
| |
| |
| Neck: |
| |
| |
| Lymph node exam: |
| |
| |
| Skin: |
| |
| |
| Respiratory: |
| |
| |
| |
| Cardiovascular: |
| |
| |
| Gastrointestinal: |
| |
| |
| Musculoskeletal: |
| |
| |
| Extremities: |
| |
| |
| Neuro/Psychiatric: |
| |
| |
| PLAN: |
| |
| |
| |
| |
| |
| |

| <u>Immunization Status</u> | Yes/Si | No | Date/Fecha |
|-----------------------------------|--------|----|------------|
| Flu Vaccine | | | |
| Pneumonia Vaccine | | | |
| Shingles Vaccine | | | |

Review of sintomas:

Opinion de los sintomas

Please check all that apply (Por favor marque lo que corresponda)

Constitutional:

- Fevers (Fiebres)
- Chills (Resfriado)
- Weight loss/weight gain
(Perdida de peso / aumento de peso)
- Night sweats (Sudores nocturnos)

Skin (Piel):

- Rashes (Erupciones)
- Lesions (Lesiones)
- Ulcers (Ulceras)
- Jaundice/discoloration
(Ictericia/descoloramiento)

Eyes (Ojos):

- Dry eyes (Ojos secos)
- Double vision (Vision doble)
- Visual loss (Perdida visual)

Head, Ears, Nose, Mouth and Throat

(Cabeza, orejas, nariz, boca, y garganta):

- Headaches (Dolores de cabeza)
- Dizziness (Mareo)
- Vertigo
- Sore throat (Dolor de garganta)
- Thrush (Tordo)
- Hoarseness of voice (Ronquera)
- Nasal discharge (Secrecion nasal)
- Nasal polyps (Polipos nasales)
- Nasal obstruction (Obstruccion nasal)
- Nasal epistaxis (Epitaxis nasal)
- Sinus congestion (Congestion nasal)

Respiratory (Respiratoria):

- Shortness of breath (Falta de aliento)
- Asthma (Asma)
- Emphysema (Enfisema)
- Bronchitis (Bronquitis)
- Valley Fever (Fiebre del valle)
- Cough (Tos)
- COPD
- Snoring (Ronquidos)
- Coughing of blood (Tosiendo sangre)
- Pneumonia (Neumonía)
- Wheezing (Sibilancias)
- TB
- Sputum Production (La produccion de esputo)

Lymphatic (Linfatico):

- Lymph node enlargement
(Agrandamiento de los ganglios linfaticos)

Cardiovascular:

- Palpitations (Palpitaciones)
- Irregular heartbeats
(Latidos irregulares del corazon)
- Chest pain (Dolores de pecho)
- Hypertension (Hipertension)
- Heart attack or M.I. (Ataque al corazon)

Gastrointestinal:

- Heartburn/GERD (Acidez)
- Nausea
- Vomiting (Vomitos)
- Abdominal pain (Dolor abdominal)
- Hematemesis: blood in vomit
(Sangre en el vomito)
- Hematochezia: blood in stool
(Sangre en las heces)

Musculoskeletal (Musculosquelético):

- Color changes to fingers/Raynauds
(Cambios de color a los dedos)
- Muscle pains (Dolores musculares)
- Joint pains (Dolores en las articulaciones)
- Leg swelling (Inflamación de las piernas)

Genitourinary (Genitourinario):

- Hematuria/blood in urine
(Sangre en la orina)
- Dysuria/painful urination (Dolor al orinar)
- Genital discharge (Flujo genital)

Neurologic (Neurológica):

- Difficulty with ambulation
(Dificultad para la deambulacion)
- Numbness (Entumecimiento)
- Difficulty with speech
(Dificultad para hablar)
- New onset seizures (Nuevas crisis de inicio)

Psychiatric (Psiquiátrico):

- Anxiety (Ansiedad)
- Depression (Depresion)