



# Mount Vernon INTERNAL MEDICINE

English - Spanish

Date / Fecha: \_\_\_\_\_

Patient Name: \_\_\_\_\_  
Nombre del paciente

Date of Birth \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
Fecha de nacimiento

REASON FOR VISIT / MOTIVO DE LA VISITA:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**MEDICATIONS SUPPLEMENTS AND VITAMINS: (Please list the name, dosage and frequency of current medications)**  
MEDICAMENTOS, SUPLEMENTOS Y VITAMINAS: (anote el nombre, la dosis y la frecuencia con que toma cada medicamento)

	MEDICATION MEDICAMENTOS	DOSAGE DOSIS	FREQUENCY (HOW OFTEN) FRECUENCIA (cada cuánto lo toma)
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			
11.			
12.			
13.			
14.			
15.			
16.			
17.			
18.			
19.			
20.			

Patient brought in Medication List  
El/la paciente trajo la lista de medicamentos

Patient brought in Medications  
El/la paciente trajo los medicamentos

Allergies / Alergias: \_\_\_\_\_

**Patient Name:** \_\_\_\_\_ **Date of Birth** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
 Nombre del paciente Fecha de nacimiento

**PAST MEDICAL HISTORY: (Please check box and put date diagnosed)**

ANTECEDENTES MÉDICOS: (marque el casillero correspondiente y anote la fecha en que se diagnosticó)

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> <b>High Blood Pressure</b> _____<br>Hipertensión | <input type="checkbox"/> <b>Arthritis</b> _____<br>Artritis              | <input type="checkbox"/> <b>Thyroid Disease (please specify)</b> _____<br>Enfermedad tiroidea (especifique)        |
| <input type="checkbox"/> <b>High Cholesterol</b> _____<br>Colesterol alto | <input type="checkbox"/> <b>Kidney Disease</b> _____<br>Enfermedad renal | <input type="checkbox"/> <b>Heart Disease (please specify)</b> _____<br>Cardiopatía (especifique)                  |
| <input type="checkbox"/> <b>Diabetes</b> _____<br>Diabetes                | <input type="checkbox"/> <b>Asthmas</b> _____<br>Asma                    | <input type="checkbox"/> <b>Cancer (please specify)</b> _____<br>Cáncer (especifique)                              |
| <input type="checkbox"/> <b>Stroke</b> _____<br>Accidente cerebrovascular | <input type="checkbox"/> <b>Osteoporosis</b> _____<br>Osteoporosis       | <input type="checkbox"/> <b>Clotting disorder (please specify)</b> _____<br>Trastorno de coagulación (especifique) |
| <input type="checkbox"/> <b>Other / Otro diagnóstico:</b> _____           |  |  |

**PAST SURGICAL HISTORY: (Please list any surgical procedures, hospitalizations and their dates)**

ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS: (enumere todas las intervenciones quirúrgicas, hospitalizaciones y sus fechas respectivas)

NAME / NOMBRE	DATE / FECHA

**SOCIAL HISTORY / ANTECEDENTES SOCIALES**

**Do you currently smoke or chew tobacco?**  Yes / Sí  No

¿Fuma o masca tabaco?

**If yes, how long have you smoked?** \_\_\_\_\_

Si su respuesta es «sí» ¿hace cuánto que fuma?

**How much do you smoke per day?** \_\_\_\_\_

¿Cuántos cigarrillos fuma por día?

**If you smoked previously, how long did you smoke, how much per day and when did you quit?**

Si fumó antes ¿por cuánto tiempo fumó? ¿cuántos cigarrillos por día? y ¿cuándo dejó de fumar?

**Do you currently drink alcohol?**  Yes / Sí  No

¿Toma alcohol?

**How much do you drink?** \_\_\_\_\_

¿Cuánto toma?

**Do you feel like you need to cut back?** \_\_\_\_\_

¿Siente que debería fumar menos?

**Do you exercise regularly?**  Yes / Sí  No

¿Hace ejercicio con regularidad?

**If yes, how often and for how long do you exercise?** \_\_\_\_\_

Si su respuesta es «sí» ¿con qué frecuencia?

**Have you used illicit drugs?**  Yes / Sí  No

¿Consumió drogas?

**If yes, what have you used?** \_\_\_\_\_

Si su respuesta es «sí» ¿Qué drogas consumió?

**Do you desire STD Screening?** / ¿Desea hacerse una prueba de detección de enfermedades de transmisión sexual?  Yes / Sí  No

**FAMILY HISTORY (Please list below blood relatives that have a history of the following:) Established patients Add only new changes in last 12 - 18 months / ANTECEDENTES FAMILIARES (enumere a continuación los familiares consanguíneos que han tenido lo siguiente:) Paciente confirmado Solo añada cambios en los últimos 12 -18 meses**

<input checked="" type="checkbox"/> boxes that apply (marque los casilleros que corresponden)	Living Con vida	Deceased Falleció	Age / Age at Death Edad/Edad a la que falleció	Stroke Accidente cerebrovascular	Hypertension Hipertensión	Kidney Disease Enfermedad renal	Heart Disease Cardiopatía	Diabetes	Cancer Cáncer	Type of Cancer Tipo de cáncer	Other (Please list) Otros (enumere)
Mother / Madre											
Father / Padre											
Siblings / Hermanos											
Grandmothers Abuelas	Maternal Materno										
	Paternal Paterno										
Grandfathers Abuelos	Maternal Materno										
	Paternal Paterno										
Children / Hijos											

**Patient Name:** \_\_\_\_\_ **Date of Birth** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
 Nombre del paciente Fecha de nacimiento

**PLEASE FILL IN DATE OF YOUR LAST / ANOTE LA FECHA DE SU ÚLTIMO(A):**

<b>Colonoscopy/Cologuard</b> Colonoscopia/Cologuard®		<b>Flu shot (Regular/High Dose)</b> Vacuna antigripal (dosis regular/alta)		<b>Pneumonia shot (Pneumovax 13)</b> Vacuna contra la neumonía (Pneumovax 13®)	
<b>Mammogram</b> Mamografía		<b>Tetanus shot</b> Vacuna contra el tétano		<b>COVID shot</b> Vacuna coronavírica	
<b>Bone Density</b> Densidad ósea		<b>Shingrix shot</b> Vacuna Shingrix®			
<b>Pap Smear</b> Papanicolaou		<b>Pneumonia shot (Pneumovax 23)</b> Vacuna contra la neumonía (Pneumovax 23)			
<b>First day of last menstrual cycle:</b> Primer día de su último ciclo menstrual		<b>Pneumonia shot (Pneumovax 20)</b> Vacuna contra la neumonía (Pneumovax 20®)			

**REVIEW OF SYSTEMS (Please circle all that apply within the last 30 days)**

ANAMNESIS POR APARATO (trace un círculo en todo lo que corresponda en dentro de los últimos 30 días)

**GENERAL / GENERALES**

**Weight change / Cambios de peso**

**Fever / Fiebre**

**Fatigue / Cansancio**

**Difficulty sleeping / Dificultad para dormir**

**HEAD & NECK / CABEZA Y CUELLO**

**Visual changes (not glasses) / Cambios en la vista (no usa lentes)**

**Double vision / Visión doble**

**Sinus problems / Senos paranasales**

**Trouble hearing / Problemas para oír**

**Ringing in ears / Zumbido en los oídos**

**Hoarseness / Ronquera**

**Persistent sore throat / Dolor de garganta constante**

**Mouth sores / Llagas en la boca**

**Swollen glands (frequent) / Adenopatía (con frecuencia)**

**RESPIRATORY/LUNGS / APARATO RESPIRATORIO/PULMONES**

**Stop breathing during sleep / Deja de respirar mientras duerme**

**Shortness of breath / Falta de aliento**

**Wheezing / Respiración sibilante**

**Coughing up blood / Tos con sangre**

**Snoring / Ronquidos**

**HEART/VASCULAR / SISTEMA CARDIOVASCULAR**

**Chest pain/tightness / Dolor/opresión en el pecho**

**Irregular rapid heart beat / Ritmo cardíaco irregular y rápido**

**Ankle swelling / Tobillos hinchados**

**STOMACH/BOWEL / APARATO GASTROINTESTINAL**

**Black/Bloody stools / Heces fecales alquitranosas o sanguinolentas**

**Nausea/Vomiting (frequent) / Frecuentes náuseas y vómitos**

**Frequent heart burn/Acid (GERD) / Frecuente ardor/acidez estomacal (ERGE)**

**Abdominal pain / Dolor abdominal**

**Diarrhea (frequent) / Diarrea (frecuente)**

**Constipation / Estreñimiento**

**Difficulty swallowing / Dificultad para tragar**

**Vomiting blood / Hematemesis (vómito de sangre)**

**KIDNEY/BLADDER / RIÑONES/VEJIGA**

**Urinary incontinence / Incontinencia urinaria**

**Urinary hesitancy / Retardo miccional (dificultad para comenzar a orinar)**

**Frequent urination / Orina con frecuencia**

**Urinary urgency / Necesidad imperiosa para orinar**

**Painful urination/Dysuria / Dolor al orinar/Disuria**

**REPRODUCTION / APARATO REPRODUCTOR**

**Inability to have an erection / Incapacidad de tener una erección**

**Painful Intercourse / Coito con dolor (dispareunia)**

**Decreased sexual desire / Deseo sexual disminuido**

**Sexually transmitted diseases / Enfermedad de transmisión sexual**

**WOMEN / MUJERES**

**Breast pain/lumps / Bultos o dolor en los senos**

**Frequent sweats/Hot flashes / Frecuentes sofocos/sudores**

**Menopause / Menopausia**

**Menstrual problems / Problemas menstruales**

**Pelvic pain / Dolor pélvico**

**Pregnancy problems / Problemas del embarazo**

**Vaginal discharge / Flujo vaginal**

**SKELETAL / SISTEMA ÓSEO**

**Back pain (major) / Dolor de espalda serio**

**Neck pain (major) / Dolor de cuello serio**

**Joints swelling/Stiffness / Hinchazón/rigidez articular**

**Left leg pain / Dolor en la pierna izquierda**

**Right leg pain / Dolor en la pierna derecha**

**NEURO / NEUROLOGÍA**

**Numbness or tingling / Entumecimiento u hormigueo**

**Severe frequent headaches / Fuertes y frecuentes dolores de cabeza**

**Forgetfulness/Confusion / Mala memoria/confusión**

**Weakness / Debilidad**

**Headache / Dolor de cabeza**

**SKIN & HAIR PROBLEMS / PROBLEMA ES LA PIEL Y EL CABELLO**

**Changes in hair/Hair loss / Cambios en el cabello/pérdida del cabello**

**Persistent rash / Salpullido crónico**

**Changes in moles / Cambios en lunares**

**PSYCH/SOCIAL / PSICOSOCIAL**

**Feeling blue/Discouraged / Sensación de tristeza o desaliento**

**High anxiety/Stress / Mucha angustia/estrés**