

**Patient information summary Resumen de información del paciente**

This information will remain confidential unless you authorize its release  
*Esta información se mantendrá confidencial a menos que usted autorice su liberación*

Name \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_ Date of Birth \_\_\_\_\_  
*Nombre Fecha Fecha de Nacimiento*

Reason for your visit to North Star Lodge? \_\_\_\_\_  
*¿La razón por su visita a North Star Lodge?*

What doctors have you seen? : \_\_\_\_\_  
*¿Cuáles médicos ha visto?*

Referred by: \_\_\_\_\_  
*Referido por:*

Have you had x-rays or scans? When and where? \_\_\_\_\_  
*¿Ha tenido usted alguna radiografía o imagen escaneada? ¿Cuándo y donde?*

Have you been hospitalized in the past? Reason(s) \_\_\_\_\_  
*¿Ha sido usted hospitalizado en el pasado? La razón*

Have you had surgery in the past? Type and year \_\_\_\_\_  
*¿Ha tenido usted cirugía en el pasado? Tipo y año*

**Personal Health History**

Have you had any of the following? If yes, please explain.  
*¿Ha tenido cualquiera de lo siguiente? Si si, explique por favor.*

- \_\_\_ Allergy *Alergia* \_\_\_\_\_
- \_\_\_ Anemia *Anemia* \_\_\_\_\_
- \_\_\_ Arthritis *Artritis* \_\_\_\_\_
- \_\_\_ Asthma *Asma* \_\_\_\_\_
- \_\_\_ Cancer *Cáncer* \_\_\_\_\_
- \_\_\_ Depression *Depresión* \_\_\_\_\_
- \_\_\_ Diabetes *Diabetes* \_\_\_\_\_
- \_\_\_ Emphysema *Enfisema* \_\_\_\_\_
- \_\_\_ Heart disease or a heart murmur *Enfermedad del corazón o un soplo cardíaco* \_\_\_\_\_
- \_\_\_ Hepatitis or Yellow Jaundice *Hepatitis o Ictericia* \_\_\_\_\_
- \_\_\_ High blood pressure *Presión arterial alta* \_\_\_\_\_
- \_\_\_ Kidney Stones *Piedras en los riñones* \_\_\_\_\_
- \_\_\_ Liver disease *Enfermedad del hígado* \_\_\_\_\_
- \_\_\_ Low back pain *Dolor de espalda inferior* \_\_\_\_\_
- \_\_\_ Migraine *Migraña* \_\_\_\_\_
- \_\_\_ Seizures *Ataque epiléptico* \_\_\_\_\_
- \_\_\_ Tuberculosis \_\_\_\_\_
- \_\_\_ Other medical condition *Otra condición medica* \_\_\_\_\_

Are you taking prescription medications? If yes, please list.  
*¿Esta usted tomando medicinas recetadas? Si si, por favor listar.*

---

---

---

Over the counter medications?  
*¿Medicinas sin receta medica?* \_\_\_\_\_

Vitamins, minerals, herbals or supplements?  
*¿Vitaminas, minerales, hierbas o suplementos?* \_\_\_\_\_

Do you have allergies or bad reactions to any medications?  
*¿Tiene usted alergias o mala reacción a alguna medicina?*  
Name of medication *Nombre de la medicina* What happens when you take it? *¿Qué sucede cuando se la toma?*

---

---

---

What is your pharmacy of choice? \_\_\_\_\_  
*¿Cuál es su farmacia de selección?*

**Family History** If any of the following apply, please explain  
*Historia Familiar Si cualquiera de lo siguiente aplica, por favor explique.*

If alive, is your father ill with any disease process or cancer? List \_\_\_\_\_

*¿Si vivo, esta su padre enfermo con cualquier proceso de enfermedad o cáncer? Lista*

Age and cause of death if deceased \_\_\_\_\_  
*Edad y causa de muerte si difunto*

If alive, is your mother ill with any disease process or cancer? List \_\_\_\_\_

*¿Si viva, esta su madre enferma con cualquier proceso de enfermedad o cáncer?*

Age and cause of death if deceased \_\_\_\_\_  
*Edad y causa de muerte si difunta*

Do you have sisters and brothers? Their ages and health?  
*¿Tiene usted hermanas e hermanos - Sus edades y salud?*

---

---

---

Do you have children? *¿Tiene usted hijos?*  
How many? *¿Cuántos?* \_\_\_\_\_  
Ages and Health *Edades y Salud* \_\_\_\_\_

---

---

---

Are there diseases that run in the family? *¿Hay enfermedades que vienen en familia?*  
Name *Nombres* \_\_\_\_\_

---

---

---

## Social History *Historia Social*

What is your age? \_\_\_\_\_ Marital Status S \_\_\_ M \_\_\_ W \_\_\_ Div \_\_\_ Sep \_\_\_  
*¿Cuál es su edad? Estado Matrimonial S C V Div Sep*

Where do you live (town)? \_\_\_\_\_ Current / Prior Occupation \_\_\_\_\_  
*¿Dónde vive usted (Pueblo)? Corriente / Previa Ocupación*

Are you working? No \_\_\_ Yes= Full time \_\_\_ Part time \_\_\_ No, Retired \_\_\_ Student \_\_\_  
*¿Trabaja usted? Si = tiempo completo parte de tiempo Jubilado Estudiante*

If no, do you plan to return to work? \_\_\_\_\_  
*¿Si no, tiene usted previsto volver al trabajo?*

Educational Experience: High School \_\_\_ College \_\_\_ Post Grad \_\_\_  
*Experiencia Educacional Secundaria Colegio Posto-Graduo*

What are your main hobbies or interests? \_\_\_\_\_  
*¿Cuáles son sus pasatiempos principales o intereses*

Check any of the following that apply. Please explain  
*Indique si cualquiera de lo siguiente aplica. Explique por favor.*

### Smoking History *Antecedentes de Fumador*

\_\_\_ Never smoked *Nunca Fume*

\_\_\_ Smoke *fumo*

\_\_\_ Quit *Deje de fumar* \_\_\_\_\_ Quit date *Fecha que deje de fuma*

### Alcohol consumption *Consumo Alcohol*

Frequency *Frecuencia*

\_\_\_ None *Ninguna*

\_\_\_ Less than once a week *menos de una vez por semana*

\_\_\_ 2-4 times a week *2-4 veces por semana*

\_\_\_ Nearly every day *Casi diario*

Amount *Cantidad*

Beer Cerveza - Wine Vino - Liquor Licor

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

In the last year have you experienced any of the following?

*¿En el año pasado ha usted experimentado cualquiera de lo siguiente?*

\_\_\_ Marriage *Matrimonio*

\_\_\_ Divorce or Separation *Divorcio o Separación*

\_\_\_ Major Illness or death *Enfermedad grave o muerte en la familia*

\_\_\_ Personal illness or injury *enfermedad o herida personal*

\_\_\_ Gained a new family member *Ganancia de un nuevo miembro de la familia*

\_\_\_ Change in job or home *Cambio de trabajo o hogar*

\_\_\_ Do you have any religious/culture beliefs/needs that we should be aware of during your treatment?

*¿Tiene usted alguna creencia/necesidad religiosa/cultural que debemos estar consiente de durante su tratamiento?*

Check if any of the following apply. *Indique si cualquiera de lo siguiente aplica.*

Yes Si \_\_\_ No \_\_\_ Do you support yourself by full time employment? *¿Se mantiene usted con empleo de tiempo completo?*

Yes Si \_\_\_ No \_\_\_ Do you collect Social Security? *¿Colecta usted Seguro Social?*

Yes Si \_\_\_ No \_\_\_ Do you support yourself with public assistance? *¿Se mantiene usted con ayuda publica?*

Yes Si \_\_\_ No \_\_\_ Do you have other means of support? Explain *¿Tiene usted otros medios de apoyo? Explique*

Yes Si \_\_\_ No \_\_\_ Do you live in your own home? *¿Vive usted en su propio hogar?*

Yes Si \_\_\_ No \_\_\_ Do you live in an apartment? *¿Vive usted en un apartamento?*

Yes Si \_\_\_ No \_\_\_ Other living accommodations? Explain *¿Otros alojamientos? Explique*

Yes Si \_\_\_ No \_\_\_ Are you safe in your home? If not, why? *¿Esta usted seguro en su hogar? ¿Si no, porque?*

Yes Si \_\_\_ No \_\_\_ Are you anticipating needing help at home? *¿Anticipa usted necesitar ayuda en casa?*

Yes Si \_\_\_ No \_\_\_ Do you have difficulty walking? Why? *¿Tiene usted dificultad para caminar? ¿Porque?*

Yes Si \_\_\_ No \_\_\_ Do you have a living will? If yes, please bring a copy with you if available. *¿Tiene usted un testamento en viada? Si si, favor de traer una copia con usted si es disponible.*

Yes Si \_\_\_ No \_\_\_ Do you have a Durable Power of Attorney? If yes, please bring a copy with you if available. *¿Tiene usted un Poder Duradero? Si si, favor de traer una copia con usted si es disponible*

Yes Si \_\_\_ No \_\_\_ Are you or your family member(s) interested in a support group? What type? *¿Esta usted o su familia interesados en un grupo de apoyo? ¿Que tipo?*

Yes Si \_\_\_ No \_\_\_ Do you have any questions regarding your dietary needs? *¿Tiene usted alguna pregunta con respeto sus necesidades dietéticas?*

Indicate any of the following services you are using. *Indique cualquiera de los siguientes servicio que esta utilizando.*

\_\_\_ Home care *Cuidado casero*

\_\_\_ Social Work *Trabajo Social*

\_\_\_ Physical Thereapy *Fisioterapia*

\_\_\_ Oxygen Thereapy *Terapia de Oxigeno*

\_\_\_ Unemployment insurance *Seguro de Desempleo*

\_\_\_ Sick Benefits *Beneficios de Enfermos*

\_\_\_ Cancer Society *Sociedad de Cáncer*

\_\_\_ Disability *Incapacidad*

\_\_\_ Welfare

\_\_\_ Other *Otro*

## **REVIEW OF SYMPTOMS    REVISION DE SÍNTOMAS**

Check if any of the following apply. Please explain.

*Indique si cualquiera de lo siguiente aplica. Favor de explicar*

### **GENERAL**

\_\_\_ Recent weight loss *Perdida de peso reciente* Pounds *Libras* \_\_\_

\_\_\_ Recent weight gain *Aumento de peso reciente* Pounds *Libras* \_\_\_

\_\_\_ Night Sweats *Sudores Nocturnos*

\_\_\_ Fevers *Fiebre*

\_\_\_ Loss of appetite *Perdida de apetito*

\_\_\_ Swollen ankles *Tobillos hinchados*

\_\_\_ Skin Problems *Problemsas de la piel*

\_\_\_ Increase in thirst *Aumento en la sed*

\_\_\_ New lumps in skin or armpits *Nuevos bultos en la piel o axila*

- \_\_\_ Fatigue, lack of energy *Fatiga, falta de energia*
- \_\_\_ Difficulty sleeping *Dificultad para dormir*
- \_\_\_ Muscle weakness *Debilidad de los musculos*
- \_\_\_ Use walker/cane/wheelchair *Utiliza andadera/bastón/silla de ruedas*

### **HEART CIRCULATION    CORAZON CIRCULACION**

- \_\_\_ Have a heart murmur *tiene un soplo cardiaco*
- \_\_\_ Chest pain at rest *Dolor de pecho a reposo*
- \_\_\_ Chest pain with walking or exercise *Dolor de pecho con caminar o ejercicio*
- \_\_\_ Frequent irregular heart beat *Latido irregular del corazón frecuente*
- \_\_\_ Need to sit up to breathe at night *Necesita sentarse para respirar por la noche*
- \_\_\_ Have pain in thighs or calves that goes away when you stop walking *Tiene dolor en los muslos o pantorrillas que para al dejar de caminar*

### **LUNGS    PULMONES**

- \_\_\_ Chronic cough *Tos cronica*
- \_\_\_ Coughing up blood *Arroja sangre cuando tose*
- \_\_\_ Pain with breathing *Dolor con la respiración*
- \_\_\_ Wheezing *Silbidos*
- \_\_\_ Shortness of breath *Falta de respiración*

Yes *Si* \_\_\_ No \_\_\_ Do you understand how to manage your pain? *¿Comprende usted cómo manejar su dolor?*

Yes *Si* \_\_\_ No \_\_\_ Would you be interested in a free exercise program? *¿Estuviera usted interesado/a en un programa de ejercicio gratuito?*

Yes *Si* \_\_\_ No \_\_\_ Do you have any dental concerns? *¿Tiene usted alguna preocupación dental?*

### **NERVOUS SYSTEM    SISTEMA NERVIOSO**

- \_\_\_ Headaches *Dolores de cabeza*
- \_\_\_ Blurred or double vision *Vision borrosa o doble vision*
- \_\_\_ Seizures *Ataque epiléptico*
- \_\_\_ Diminished hearing *Audiencia disminuida*
- \_\_\_ Difficulty with speech *Dificultad con hablar*
- \_\_\_ Numbness, tingling *Entumecimiento o hormigueo*
- \_\_\_ Balance problems *Problemas de equilibrio*
- \_\_\_ History of falling *Historia de caer*
- \_\_\_ Memory trouble *Problemas de memoria*
- \_\_\_ Panic Attacks *Ataques de panico*
- \_\_\_ Anxiety *Ansiedad*
- \_\_\_ Excessive worry *Preocupación excesiva*
- \_\_\_ Crying spells *Ratos de llanto*
- \_\_\_ Feeling of worthlessness *Sensación de inutilidad*
- \_\_\_ Depression *Depresión*

### **STOMACH, INTESTINAL    ESTOMAGO, INTESTINAL**

- \_\_\_ Difficulty swallowing *Dificultad con tragar*
- \_\_\_ On tube feeding/TPN *Utiliza la alimentación por sonda/TPN*
- \_\_\_ Frequent heartburn *Agruras (acidez gástrica) frecuentes*

- Known ulcer *Úlcera conocida*
- Frequent stomach pain *Dolor estomacal frecuente*
- Nausea and vomiting *Nausea y Vomito*
- Gallstones *Calculo biliar*
- Diarrhea *Diarrea*
- Black or tarry BM's *Evacuación intestinal negra o alquitranada*
- Red blood in BM's *Sangre roja en evacuación intestinal*
- Mucous in BM's *Mucoso en evacuación intestinal*
- Constipation *Estreñimiento*
- Have an ostomy *Ha tenido una Ostomia*

Yes Si  No  One to two normal BM's nearly every day. *Una a dos evacuaciones intestinales normales casi diario.*

### **HEAD, EYES, EARS, NOSE, THROAT CABEZA, OJOS, OIDOS, NARIZ, GARGANTA**

- Hoarseness, recent or lasting longer than 2 wks *Ronquera, reciente o que dura mas de 2 semanas*
- Frequent bleeding gums *Encías sangrientas frecuentes*
- Frequent nosebleeds *Hemorragia nasal frecuente*
- Hay fever *Fiebre del heno*

### **URINARY URINARIO**

- Having frequent urinary tract infection *Infecciones de las vías urinarias frecuentes*
- Burning with urination *Ardor cuando orina*
- Have to urinate ever hour *Tiene que orinar cada hora*
- Lose your urine when coughing or excited *Suelta la orina al toser o excitarse*
- Blood in urine *Sangre en la orina*
- Trouble starting urination *Problemas para comenzar a orinar*
- Urge to urinate, but pass only small amounts *Urgencia de orinar pero solo pasa cantidades pequeñas*
- Frequency of urination at night *Orina frecuentemente por las noches*

### **FEMALES MUJERES**

- Breast lumps *Bultos en los senos*
- Unusual vaginal bleeding *Sangrado vaginal inusual*
- Vaginal discharge *Secreción vaginal*
- Sexual problems *Problemas sexuales*
- Regular periods *Reglas regulares*
- Date of last pap smear *Fecha de su ultimo Papanicolaou*
- Date of last mammogram *Fecha de su ultima mamografía*
- How many children? *¿Cantidad de hijos?*
- Age at 1<sup>st</sup> menstrual period *Edad a comenzar su 1 regla menstrual*
- Age at menopause *Edad a comenzar la menopausia*

Yes Si  No  Do you perform monthly breast exams? *¿realiza usted los exámenes mensuales de seno?*

Patient Signature \_\_\_\_\_ Firma del Paciente