

Mission Hope Medical Oncology

New Patient History • Historial para Nuevos Pacientes

Last Name/APELLIDO: _____ First Name/Nombre: _____ MI/Inicial: _____

Date of Birth/Fecha de nacimiento: _____ Referring Physician/Dr. de Referencia _____

Pharmacy/Phone Number: _____ Cual farmacia prefiere/Número de teléfono _____

Preferred Language: _____ Que idioma habla/entiende principalmente? _____

Please provide the complete name, address and phone number of physicians whom you would like to have informed of your diagnosis, treatment and care. Favor de proveer nombre completo, dirección y teléfono de los doctores a quien Ud. desea que informemos de su diagnostico, tratamiento y cuidado.

1 _____

2 _____

Allergies/Alergias:

Are you allergic to any medications? Es usted alérgico/a a algún medicamento? Yes/Sí No Please list drugs and reactions (rash, hives, itching, swelling, etc.) Enumere los medicamentos y las reacciones (sarpullido, urticaria, picazón, hinchazón, etc.)

Drug Name/Nombre de la droga Reaction/Reacción Drug Name/Nombre de la droga Reaction/Reacción

Any other allergies? Please list any allergic reactions/Alguna otra alergia? Por favor enumere cualquier reacción alérgica

Past Health History/Historial Medico:

What diseases or illnesses have you been treated or hospitalized for?

Ha sido hospitalizado o tratado por alguna enfermedad o padecimiento?

Date/Fecha: Disease/Illness/Enfermedad/Padecimiento Date/Fecha: Disease/Illness/Enfermedad/Padecimiento

Have you had a colonoscopy? Yes No Date of last colonoscopy: Month _____ Year _____Ha tenido una colonoscopia? Sí No Fecha de su ultima colonoscopia: Mes _____ Año _____

Surgical History/Historial de Cirugías:

Please list any surgeries you have had, including the dates and hospitals. Por favor incluya todas las cirugías que haya tenido, incluyendo fecha y hospital.

Date/Fecha: Procedure/Hospital/Cirugía/Hospital: Date/Fecha: Procedure/Hospital/Cirugía/Hospital:

Women Only—Reproductive History/Historial Reproductivo (mujeres):

Are you still having menstrual periods? Yes No Todavía tiene Ud. Periodos menstruales? Sí No
Age of your first menstrual period? _____ Edad cuando empezó su mestrasion _____
When did your menstrual periods stop? _____ Cuando deajo de menstruar? _____
Number of pregnancies: _____ Numero de embarazos: _____
Age of your first pregnancy: _____ Edad de primer emabrazo: _____
Number of live births: _____ Numero de hijos: _____
Number of miscarriages: _____ Numero de abortos: _____
Have you ever used hormones? Birth Control # of years _____ Post Menopause # of years? _____
 Ha tomado hormonas alguna vez Anticonceptivos # de años _____ posmenopausico # de años _____
Date of last mammogram: _____ **Date of last PAP:** _____
 Fecha de última mamografía: _____ Fecha de último PAP: _____
Date of Last Bone Density Study: (For Osteoporosis) _____
 Fecha de último estudio de densidad de huesos: (para Osteoporosis) _____

Social History/Historial Social:

Do you smoke? Yes No **Did you ever smoke?** Yes No **If yes, when did you quit?** _____
 Fuma? Sí No Ha fumado alguna vez? Sí No Si respondió si, cuando deajo de fumar? _____
How many packs per day do/did you smoke? _____ **How many years have/did you smoke?** _____
 Cuantas cajetillas fumaba por día? _____ Por cuantos años ha fumado o fumo? _____
Have you had any exposure to hazardous materials? Yes No List _____
 Ha sido expuesto a materiales nocivos para la salud? Sí No Enliste _____
Do you drink alcohol? Yes **How often:** Daily Once a week Socially Rarely
 No—Used to but quit No—Never
 Toma Ud. alcohol? Sí (marque uno) Diario Ocasionalmente Social Casi nunca
 No—Nunca No—Tomaba pero ya no
Do you use recreational drugs? Yes No **If yes, how often?** Daily Occasionally
 Ha usado drogas? Sí No Si respondió si como las usa? Diario Ocasionalmente

Cancer History/Historial de Cáncer:

Have you been diagnosed with cancer? Yes No Ha sido diagnosticado/a con cáncer alguna vez? Sí No
If yes, what type of cancer: _____ Si respondió si, que tipo de cáncer: _____
Date diagnosed: _____ Fecha del diagnostico: _____
Treatment you have received, if any: _____ Que tratamiento recibió: _____
Treating Physician: _____ Doctor que lo trato: _____
Are you trying alternative methods to control your cancer? Yes No
If yes, please describe: _____
 Esta Ud. bajo algún tratamiento alternativo para el cáncer? Sí No
 Si su respuesta es si describa: _____

Family History/Historial Familiar:

Father: **Alive** **Deceased** **Age** _____ **Medical Problems** _____
Mother: **Alive** **Deceased** **Age** _____ **Medical Problems** _____
Padre: **Vivo** **Fallecido** **Edad** _____ **Problemas Médicos** _____
Madre: **Viva** **Fallecida** **Edad** _____ **Problemas Médicas** _____

Do you have any relatives who have had cancer? Please list. Tiene Ud. Familiares inmediatos que han tenido cáncer?

Relationship/Parentesco	Type of Cancer Tipo de Cáncer	Age at Diagnosis Edad que fue diagnosticado
<input type="checkbox"/> Father/Padre	_____	_____
<input type="checkbox"/> Mother/Madre	_____	_____
<input type="checkbox"/> Brother/Hermano	_____	_____
<input type="checkbox"/> Sister/Hermana	_____	_____
<input type="checkbox"/> Son/Hijo	_____	_____
<input type="checkbox"/> Daughter/Hija	_____	_____
<input type="checkbox"/> Paternal Grandfather/Abuelo paterno	_____	_____
<input type="checkbox"/> Paternal Grandmother/Abuela paterno	_____	_____
<input type="checkbox"/> Maternal Grandfather/Abuelo por parte de madre	_____	_____
<input type="checkbox"/> Maternal Grandmother/Abuela materna	_____	_____
<input type="checkbox"/> Other Relative/Otro/a Pariente	_____	_____
<input type="checkbox"/> Other Relative/Otro/a Pariente	_____	_____

Social Demographics/Demografía Social:

With whom do you live? **Spouse or Significant Other** **Family** **Friend** **Other** **Alone**
 Con quien vive Ud.? Esposo/a o pareja Miembros de la familia Amigo/a Otro/a Solo/a
Where do you live? **My own home** **Relative or friend's home** **Care facility** **Other** _____
 Dónde vive? Mi propio hogar Pariente o casa de un amigo/a Instalación de cuidado Otro/a _____
Are you responsible for the care of someone else? **Yes** **No** **If yes, then whom?** _____
 Es Ud. responsable por el cuidado de alguien? Sí No Si respondió sí, quien? _____
If you are in need of help at home, who will be available to assist you? _____
 Si Ud. necesita ayuda en casa, quien puede asistirlo/a? _____

What is your highest level of education? **Grade school** **High school** **Some college** **College degree**
 Cual es su grado más alto de educación? Primaria/secundaria Preparatoria Colegio Titulo

Are you employed? **Yes** **No** **What is your occupation?** _____
 Tiene Ud. empleo? Sí No Cual es su ocupación? _____

Disabled? **Yes** **No** **Retired?** **Yes** **No** **Do you have children?** **Yes** **No**
 Discapacitado/a? Sí No Retirado/a? Sí No Ud. tiene hijos? Sí No

Activities/Actividades:

Do you exercise? **Regularly** **Occasionally** **Never** **What type of exercise?** _____
 Hace Ud. ejercicio? Regular Ocasional Nunca Que tipo de ejercicio? _____

Do you take nutritional supplements? **Yes** **No** **If yes, please list:** _____
 Toma Ud. suplementos nutricionales? Sí No Por favor enliste: _____

Medical History/Historial Medico: Mark any that apply/Por favor marque todos los que apliquen

Problem/Problema	Date/Fecha	Problem/Problema	Date/Fecha
<input type="checkbox"/> Anemia	_____	<input type="checkbox"/> Headaches/Dolor de Cabeza	_____
<input type="checkbox"/> Anxiety/Ansiedad	_____	<input type="checkbox"/> Heart Attack/Ataque Cardiaco	_____
<input type="checkbox"/> Asthma/Asma	_____	<input type="checkbox"/> Heart Disease/Enfermedad Cardiaca	_____
<input type="checkbox"/> Arthritis/Artritis	_____	<input type="checkbox"/> Heartburn/Agruras	_____
<input type="checkbox"/> Atrial Fibrillation/Fibrilación Atria	_____	<input type="checkbox"/> Hepatitis A	_____
<input type="checkbox"/> Benign Prostatic Hypertrophy/ Hiperplasia Prostatica Benigna	_____	<input type="checkbox"/> Hepatitis B	_____
<input type="checkbox"/> Bleeding Problems/ Problemas con Sangrado	_____	<input type="checkbox"/> Hepatitis C	_____
<input type="checkbox"/> Blood Disorders/Desorden Sanguineo	_____	<input type="checkbox"/> Hypercholesterolemia/ Hipercolesterolemia	_____
<input type="checkbox"/> Blood Clots/Coagulos Sanguineos	_____	<input type="checkbox"/> Hyperlipidemia/Hiperlipidemia	_____
<input type="checkbox"/> Blood in Stool/Sangre en Excremento	_____	<input type="checkbox"/> Hypertension/Hipertensión	_____
<input type="checkbox"/> Bone Pain/Dolor de Huesos	_____	<input type="checkbox"/> Hyperthyroid/Hipertiroidismo	_____
<input type="checkbox"/> Bowel Problems/Problemas Intestinales	_____	<input type="checkbox"/> Hypothyroid/Hipotiroidismo	_____
<input type="checkbox"/> Cancer/Cáncer	_____	<input type="checkbox"/> Incontinence/Incontinencia	_____
<input type="checkbox"/> Cardiovascular Disease/ Enfermedad Cardiovascular	_____	<input type="checkbox"/> Joint Pain/Dolor Articular	_____
<input type="checkbox"/> COPD	_____	<input type="checkbox"/> Kidney Stones/Piedras del Rinon	_____
<input type="checkbox"/> Colitis	_____	<input type="checkbox"/> Kidney Problems/Problemas Renales	_____
<input type="checkbox"/> Cough/Tos	_____	<input type="checkbox"/> Liver Problems/Problemas Hepaticos	_____
<input type="checkbox"/> Coughing up Blood/Tos con Sangrado	_____	<input type="checkbox"/> Lupus	_____
<input type="checkbox"/> Congestive Heart Failure/ Insuficiencia Cardiaca	_____	<input type="checkbox"/> Melanoma	_____
<input type="checkbox"/> Constipation/Extremimiento	_____	<input type="checkbox"/> Nausea/Vomiting/Nausea/Vomito	_____
<input type="checkbox"/> Chest Pain/Dolor de Pecho	_____	<input type="checkbox"/> Obesity/Obesidad	_____
<input type="checkbox"/> Coronary Artery Disease/ Cardiopatía Isquemica	_____	<input type="checkbox"/> Osteopenia	_____
<input type="checkbox"/> Depression/Depresión	_____	<input type="checkbox"/> Osteoarthritis/Osteoartritis	_____
<input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Type 1 <input type="checkbox"/> Type 2	_____	<input type="checkbox"/> Osteoporosis	_____
<input type="checkbox"/> Diarrhea/Diarrea	_____	<input type="checkbox"/> Peripheral Neuropathy/ Neuropatía Periférica	_____
<input type="checkbox"/> Difficulty Swallowing/Dificultad al Tragar	_____	<input type="checkbox"/> Peripheral Vascular Disease/ Enfermedad Vascular Periférica	_____
<input type="checkbox"/> Emphysema/Enfisema	_____	<input type="checkbox"/> Pneumonia/Neumonia	_____
<input type="checkbox"/> Frequent/Painful Urination/ Orina Frecuente/Dolorosa	_____	<input type="checkbox"/> Rheumatoid Arthritis/Artritis Reumatoide	_____
<input type="checkbox"/> Fibrocystic Breasts/Senos Fibroquísticos	_____	<input type="checkbox"/> Shortness of Breath/Falta de Respiración	_____
<input type="checkbox"/> Gallstones/Piedras en la Vesícula	_____	<input type="checkbox"/> Stroke/Embolia	_____
<input type="checkbox"/> Gastro Esophageal Reflux/ Reflujo Gastroesofágico	_____	<input type="checkbox"/> Seizure/Ataque	_____
<input type="checkbox"/> Glaucoma	_____	<input type="checkbox"/> Thrombocytosis/Trombocitosis	_____
		<input type="checkbox"/> Thalassemia/Talasemia	_____
		<input type="checkbox"/> Thyroid Problems/Problemas de Tiroides	_____
		<input type="checkbox"/> Uterine Fibroids/Fibrosis Uterina	_____
		<input type="checkbox"/> Other not listed/Otros no enlistados	_____
		_____	_____
		_____	_____