

## 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 diagnóstico, 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 última 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 dejo 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 dejo 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"/> <b>Father/Padre</b>	_____	_____
<input type="checkbox"/> <b>Mother/Madre</b>	_____	_____
<input type="checkbox"/> <b>Brother/Hermano</b>	_____	_____
<input type="checkbox"/> <b>Sister/Hermana</b>	_____	_____
<input type="checkbox"/> <b>Son/Hijo</b>	_____	_____
<input type="checkbox"/> <b>Daughter/Hija</b>	_____	_____
<input type="checkbox"/> <b>Paternal Grandfather/Abuelo paterno</b>	_____	_____
<input type="checkbox"/> <b>Paternal Grandmother/Abuela paterno</b>	_____	_____
<input type="checkbox"/> <b>Maternal Grandfather/Abuelo por parte de madre</b>	_____	_____
<input type="checkbox"/> <b>Maternal Grandmother/Abuela materna</b>	_____	_____
<input type="checkbox"/> <b>Other Relative/Otro/a Pariente</b>	_____	_____
<input type="checkbox"/> <b>Other Relative/Otro/a Pariente</b>	_____	_____

**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 amigoa  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**

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