

Retinal Consultants Medical Group

Electronic Health Record Update/Actualizacion de Historia Clinica Electronica

DEMOGRAPHICS/DEMOGRAFIA:

Name: Nombre: _____ Retina Chang Equi Patel Physician: Pearlman Reed Doctor: Telander Tsai Wendel	Date of birth: Fecha de nacimiento _____ Office: Oficina: _____
--	--

Race/Raza: (Circle one/Circule uno)

- | | | |
|--|--|--|
| American Indian or Alaska native
<i>Indioamericano o Native de Alaska</i> | Asian
<i>Asiatica</i> | Black or African American
<i>Africano Americano</i> |
| Native Hawaiian or Pacific Islander
<i>Nativo Hawaiano o de isla Pacifica</i> | White
<i>Blanco</i> | Other Race
<i>Otra raza</i> |
| More than one race
<i>Más de una raza</i> | Choose not to answer
<i>Prefiere no contestar</i> | Hispanic or Latino
<i>Hispano o Latino</i> |

Language preference/Preferencia de lenguaje: (circle one/circule uno)

English/*Inglés* Spanish/*Español* Russian/*Ruso* Other/*Otro* _____

FAMILY HISTORY/HISTORIA FAMILIA:

Does anyone in your **family** (related to you) have:
Alguna persona de su familia tiene:

Blindness/Ceguera:	NO	YES/SI	If yes, Who? _____ ¿Si contesta sí, quien? _____
Retinal disease /enfermedad retinal:	NO	YES/SI	If yes, Who? _____ ¿Si contesta sí, quien? _____
Glaucoma:	NO	YES/SI	If yes, Who? _____ ¿Si contesta sí, quien? _____

SOCIAL HISTORY/HISTORIA SOCIAL: (mark the appropriate check box and/ or fill in the blanks/*circule o llene la linea*)

SMOKING**FUMAR:**

- I don't smoke and have never smoked
 Yo no fumo y nunca e fumado
 I am a former smoker and smoked for _____ years
 Antes fumaba y fume por _____ años
 I smoke and smoke _____ packs per day
 Fumo y fumo _____ paquetes por día

ALCOHOL:

- I don't drink any alcohol
 Yo no tomo alcohol
 I occasionally drink alcohol
 Ocasionalmente tomo alcohol

**OCCUPATION/
OCUPACIÓN:**

- Retired/
Retiradora

PAST MEDICAL HISTORY/HISTORIA ANTERIOR MÉDICA:

Medical Problems/Problemas Médicos:

- I have **NO** previous medical problems/ *Yo nunca e tenido ninguno de estos problemas medicos.*

Please indicate if you have **PREVIOUSLY** had any of the following conditions:

Por favor indicar si usted previamente tuvo alguna de las siguientes condiciones:

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Retinal surgery - (please explain on next page)
<i>Cirugía de retina - (por favor, explique en la página siguiente)</i> | <input type="checkbox"/> Other eye surgeries (please provide details on next page i.e. cataracts, laser)
<i>Otro cirugía de ojos (por favor describa el tipo de cirugía)</i> | |
| <input type="checkbox"/> Cataracts/ <i>cataratas</i> | <input type="checkbox"/> Epilepsy (seizures)
<i>Epilepsia (convulsiones)</i> | <input type="checkbox"/> Strokes
<i>Accidente cerebrovascular</i> |
| <input type="checkbox"/> High blood pressure
<i>Presión arterial alta</i> | <input type="checkbox"/> High cholesterol
<i>Cholesterol alto</i> | <input type="checkbox"/> Heart murmur
<i>Sopio cardiaco</i> |
| <input type="checkbox"/> Irregular Heart Rhythm
<i>Ritmo cardiac irregular</i> | <input type="checkbox"/> Angina/Chest Pain
<i>Dolor de pecho</i> | <input type="checkbox"/> Heart problems
<i>Problemas cardiacos</i> |
| <input type="checkbox"/> Asthma/ <i>asma</i> | <input type="checkbox"/> Pneumonia/ <i>Neumonia</i> | <input type="checkbox"/> Pulmonary embolism
<i>Embolia pulmonar</i> |
| <input type="checkbox"/> Tuberculosis | <input type="checkbox"/> Emphysema/ <i>enfisema</i> | <input type="checkbox"/> Thyroid Issues (list type)
<i>Problemas de tiroides y cual</i> |
| <input type="checkbox"/> Goiter/ <i>Bocio</i> | <input type="checkbox"/> Jaundice/ <i>Ictericia</i> | <input type="checkbox"/> Anemia |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Stomach or peptic ulcer
<i>Ulceras estomacal o peptica</i> | <input type="checkbox"/> Colitis |
| <input type="checkbox"/> Rheumatic fever
<i>Fiebre rheumatica</i> | <input type="checkbox"/> Kidney disease
<i>Enfermedad renal</i> | <input type="checkbox"/> Kidney stones
<i>Calculos renales</i> |
| <input type="checkbox"/> Cancer (type) | | |

(CONTINUED ON THE NEXT PAGE / CONTINUA EN LA PAGÍNA PROXIMO)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Diabetes: diagnosed in _____
<i>Diabetes: diagnosticado en _____</i> | <input type="checkbox"/> Require Insulin Most recent A1C: _____
<i>Requierre insulin. Más reciente A1C _____</i> |
|--|---|

Please indicate if you have any of the following problems within the **last month**:
 Por favor indicar si usted tuvo alguno de los siguientes problemas dentro de el mes pasado

- I have **not experienced any of these symptoms** in the last month.
 Yo no e tenido ninguno de estos sintomas en el mes pasado

<p style="text-align: center;">GENERAL</p> <p><input type="checkbox"/> Recent unexplained weight gain;how much____ <i>Aumento de peso inexplicable; cuanto _____</i></p> <p><input type="checkbox"/> Recent unexplained weight loss: how much____ <i>Perdida de peso inexplicable; cuanto _____</i></p> <p><input type="checkbox"/> Fatigue/<i>fatiga</i></p> <p><input type="checkbox"/> Weakness/<i>Debilidad</i></p> <p><input type="checkbox"/> Fever/<i>Fiebre</i></p> <p><input type="checkbox"/> Night sweats/<i>Sudar de noche</i></p> <p style="text-align: center;">MUSCLE/JOINTS/BONES MUSCULOS/ARTICULACIONES/HUESOS</p> <p><input type="checkbox"/> Numbness/<i>Entumecimiento</i></p> <p><input type="checkbox"/> Joint pain/<i>Dolor de articulaciones</i></p> <p><input type="checkbox"/> Muscle weakness <i>Debilidad muscular</i></p> <p><input type="checkbox"/> Joint swelling: Where?</p> <p><input type="checkbox"/> <i>Hinchazon de articulaciones, donde:</i></p> <p style="text-align: center;">KIDNEY/URINE/BLADDER RIÑÓN/ORINA/VEJIGA</p> <p><input type="checkbox"/> Frequent or painful urination <i>Orinar frecuentemente o con dolor</i></p> <p><input type="checkbox"/> Blood in urine <i>Sangre en la orina</i></p>	<p style="text-align: center;">NERVOUS SYSTEM/ SISTEMA NERVIOSO</p> <p><input type="checkbox"/> Headaches <i>dolor de cabeza</i></p> <p><input type="checkbox"/> Dizziness/<i>Mareo</i></p> <p><input type="checkbox"/> Fainting or loss of consciousness <i>Desmayo o perdida de</i></p> <p><input type="checkbox"/> Numbness or tingling <i>Entumecimiento o hormigueo</i></p> <p><input type="checkbox"/> Memory loss <i>Perdida de memoria</i></p> <p style="text-align: center;">EARS/OIDOS</p> <p><input type="checkbox"/> Ringing in ears <i>Zumbido en los oidos</i></p> <p><input type="checkbox"/> Loss of hearing <i>Perdida de audicion</i></p> <p style="text-align: center;">STOMACH AND INTESTINES/ ESTÓMAGO Y LOS INTESTINOS</p> <p><input type="checkbox"/> Nausea</p> <p><input type="checkbox"/> Heartburn/<i>acidos</i></p> <p><input type="checkbox"/></p>	<p style="text-align: center;">PSYCHIATRIC/ PSIQUIÁTRICO</p> <p><input type="checkbox"/> Depression/<i>deprecion</i></p> <p><input type="checkbox"/> Excessive worries/ <i>Preocupaciones excesivas</i></p> <p style="text-align: center;">SKIN/PIEL</p> <p><input type="checkbox"/> Redness/<i>enrojecimiento</i></p> <p><input type="checkbox"/> Rash/<i>Ronchas</i></p> <p><input type="checkbox"/> Nodules/bumps/<i>nodulos</i></p> <p><input type="checkbox"/> Hair loss /<i>Perdida de pelo</i></p> <p style="text-align: center;">BLOOD/SANGRE</p> <p><input type="checkbox"/> Anemia</p> <p><input type="checkbox"/> Clots/<i>Coagulos</i></p> <p style="text-align: center;">HEART AND LUNGS/ CORAZON Y PULMONES</p> <p><input type="checkbox"/> Chest pain/<i>dolor de peso</i></p> <p><input type="checkbox"/> Palpitations/<i>palpitaciones</i></p> <p><input type="checkbox"/> Shortness of breath/<i>falta de aliento</i></p> <p><input type="checkbox"/> Fainting/<i>Desmayo</i></p> <p><input type="checkbox"/> Swollen legs or feet <i>piernas o pies hinchados</i></p> <p><input type="checkbox"/> Cough/<i>tos</i></p> <p><input type="checkbox"/> Blood in stools <i>Sangre in las heces</i></p> <p><input type="checkbox"/> Black stools <i>Heces negras</i></p>
--	--	--

(CONTINUED ON THE NEXT PAGE / CONTINUA EN LA PAGÍNA PROXIMO)

If you have answered YES to any of the questions above and on the previous page, please provide details below. If you need more space, please attach your additional comments to this document.

Si usted contestó sí a alguna de las preguntas de arriba y en la página anterior, por favor, ponga los detalles abajo si necesita más espacio, por favor adjunte sus comentarios adicionales a este documento.

ALLERGIES/ALERGIAS:

Please list your current **ALLERGIES** to any medications and reactions
Por favor listé sus alergias a cualquier medicamento y reacciones

I have no known medication allergies/*No tengo alergias a las medicaciones.*

Allergen/Alergeno	Reaction/Reacción (i.e. rash)
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	
7.	
8.	
9.	

