



SIERRA VISTA HOSPITAL & CLINICS

800 East 9th Avenue, Truth or Consequences

Hospital:/Hospital: 575.894.2111

Clinics:/Clínicas: 575.894.3221

NEW ADULT PATIENT/NUEVO PACIENTE ADULTO

Full name:/Nombre completo: _____ Date of birth:/Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____

Allergies/Alergias ☐ None/Ninguna

Allergy/Alergia	Reaction/Reacción

Medications and Supplements/Medicamentos y suplementos ☐ None/Ninguno

Medication/Supplement/Medicamento/Suplemento	Dose/Dosis	Times per day/Veces al día

Surgeries and Hospitalizations/Cirugías y hospitalizaciones ☐ None/Ninguna

Type/Tipo	Date/Fecha	Location/Facility/Ubicación/Centro

Health Maintenance/Mantenimiento de la salud

Test/Prueba	Date/Fecha	Facility/Provider/Centro/Proveedor	Abnormal Result? Y or N/¿Resultado anormal? Sí o No
Colonoscopy/Colonoscopia			
Mammogram/Mamografía			

Pap Smear/ <i>Prueba de Papanicolaou</i>			
Bone Density Scan/ <i>Densitometría ósea</i>			
Cholesterol/ <i>Colesterol</i>			

Personal Medical History/*Antecedentes médicos personales* ☐ **None/*Ninguno***

✓	Disease/Condition/ <i>Enfermedad/Afección</i>	Date of diagnosis/ <i>Fecha de diagnóstico</i>
	Alcoholism/Drug use/ <i>Alcoholismo/Consumo de drogas</i>	
	Asthma/ <i>Asma</i>	
	Cancer (type)/ <i>Cáncer (tipo)</i>	
	Depression/Anxiety/ <i>Depresión/Ansiedad</i>	
	Suicidal/Bipolar/ <i>Suicida/Bipolar</i>	
	Diabetes/ <i>Diabetes</i>	
	COPD/ <i>EPOC</i>	
	Heart disease (heart attack, murmur, abnormal rhythm)/ <i>Enfermedad cardíaca (ataque cardíaco, soplo cardíaco, ritmo cardíaco anormal)</i>	
	High blood pressure/ <i>Hipertensión arterial</i>	
	High cholesterol/ <i>Colesterol alto</i>	
	Kidney disease/ <i>Enfermedad renal</i>	
	Kidney stones/ <i>Cálculos renales</i>	
	Thyroid disease/ <i>Enfermedad tiroidea</i>	
	Migraine/headache/ <i>Migraña/dolor de cabeza</i>	
	Stroke/ <i>Accidente cerebrovascular</i>	
	Anemia/ <i>Anemia</i>	
	Stomach issues (ulcers, heartburn, etc.)/ <i>Problemas estomacales (úlceras, acidez estomacal, etc.)</i>	
	Liver disease/ <i>Enfermedad hepática</i>	
	Seizures/Epilepsy/ <i>Convulsiones/Epilepsia</i>	
	Crohn's disease/Ulcerative Colitis/ <i>Enfermedad de Crohn/Colitis ulcerosa</i>	
	Bleeding issues/ <i>Problemas hemorrágicos</i>	
	Prostate Issues/ <i>Problemas de próstata</i>	

Family Medical History/*Antecedentes médicos familiares:* ☐ None/*Ninguno*

☐ Unknown/*Desconocido*

Please check all that apply/ <i>Marque todas las opciones que correspondan.</i>	Alcohol/drug use/ <i>Consumo de alcohol o drogas</i>	Asthma/ <i>Asma</i>	Cancer: (type___)/ <i>Cáncer: (tipo___)</i>	COPD/ <i>EPOC</i>	Depression/anxiety/ <i>Depresión/ansiedad</i>	Bipolar/suicidal/ <i>Trastorno bipolar/Tendencia suicida</i>	Diabetes/ <i>Diabetes</i>	Early death/ <i>Muerte prematura</i>	Heart disease/ <i>Enfermedad cardíaca</i>	High blood pressure/ <i>Hipertensión arterial</i>	Kidney disease/ <i>Enfermedad renal</i>	Stroke/ <i>Accidente cerebrovascular</i>	Thyroid disease/ <i>Enfermedad tiroidea</i>	Migraines/ <i>Migrañas</i>	Autoimmune disease/ <i>Enfermedad autoinmune</i>
Mother/ <i>Madre</i>															
Father/ <i>Padre</i>															
Brother/ <i>Hermano</i>															
Sister/ <i>Hermana</i>															
Child/ <i>Hijo(a)</i>															
Maternal Grandmother/ <i>Abuela materna</i>															
Maternal Grandfather/ <i>Abuelo materno</i>															
Paternal Grandmother/ <i>Abuela paterna</i>															
Paternal Grandfather/ <i>Abuelo paterno</i>															

Social History/*Antecedentes sociales*

Occupation:/ <i>Ocupación:</i> ☐ Retired/ <i>Jubilado</i> ☐ Unemployed/ <i>Desempleado</i> ☐ Disabled/ <i>Discapacitado</i>	
Employer:/ <i>Empleador:</i>	Years of Education/Highest Degree:/ <i>Años de educación/Título más alto:</i>
Marital status:/ <i>Estado civil:</i> ☐ Single/ <i>Soltero(a)</i> ☐ Married/ <i>Casado(a)</i> ☐ Divorced/ <i>Divorciado(a)</i> ☐ Widowed/ <i>Viudo(a)</i>	
Do you have children?/¿ <i>Tiene hijos?</i> ☐ YES/ <i>Sí</i> ☐ NO/ <i>No</i> If yes, how many: Do they live with you? ☐ YES/ <i>Sí</i> ☐ NO/ <i>No</i>	

Tobacco use?/¿Consume tabaco? ☐ YES/SÍ ☐ NO/NO If yes.../En caso afirmativo... ☐ Cigarettes?/¿Cigarrillos? ☐ Cigars?/¿Cigarros? ☐ Vaping?/¿Vapeo? ☐ Chewing tobacco?/¿Tabaco de mascar?	
<u>Answer if CURRENT USER/Responda si es USUARIO(A) ACTUAL</u> How many per day?/¿Cuántos al día? How many years?/¿Cuántos años? Are you interested in quitting?/¿Está interesado(a) en dejar de fumar?	<u>Answer if FORMER USER/Responda si es ANTIGUO(A) USUARIO(A)</u> Quit date:/Fecha de abandono: How many per day?/¿Cuántos al día? How many years?/¿Cuántos años?
Do you drink alcohol?/¿Consume bebidas alcohólicas? ☐ YES/SÍ ☐ NO/NO If yes, how many drinks per day?/En caso afirmativo, ¿cuántas bebidas alcohólicas al día?	
Do you use recreational substances?/¿Consume alguna sustancia recreativa? ☐ YES/SÍ ☐ NO/NO Have you ever used needles to inject drugs?/¿Alguna vez ha usado agujas para inyectarse drogas? ☐ YES/SÍ ☐ NO/NO	
Are you sexually active?/¿Es sexualmente activo(a)? ☐ YES/SÍ ☐ NO/NO Birth control method:/Método anticonceptivo: ☐ None/Ninguno ☐ Condom/Condón ☐ Pill/Píldora ☐ Patch/Parche ☐ Ring/Anillo ☐ Nexplanon/Nexplanon ☐ IUD/DIU ☐ Depo Provera/Depo Provera	
Do you exercise regularly?/¿Hace ejercicio con regularidad? ☐ YES/SÍ ☐ NO/NO If yes, how long?/En caso afirmativo, ¿por cuánto tiempo? How often?/¿Con qué frecuencia?	
How many hours of sleep do you get on average?/¿Cuántas horas duerme en promedio?	How would you rate your diet?/¿Cómo calificaría su dieta? ☐ Good/Buena ☐ Fair/Regular ☐ Poor/Mala

Other Providers/Specialists/Otros proveedores/especialistas ☐ None/Ninguno

Providers/Facility/Proveedores/Centro	Specialty/Especialidad

Review of Systems: Please Check All That Apply/Revisión de sistemas: marque todas las opciones que correspondan.

✓	✓	✓
CONSTITUTIONAL/CONSTITUCIONAL	CARDIOVASCULAR/CARDIOVASCULAR	MUSCULOSKELETAL/MUSCULOESQUELÉTICO
Fever/Fiebre	Chest pain/Dolor en el pecho	Joint pain/Dolores articulares
Chills/Escalofríos	Heart racing/palpitations/Taquicardia/palpitaciones	Joint swelling/Inflamación articular
Sweats/Sudores	Heart fluttering/Latidos cardíacos irregulares	Leg pain with walking/Dolor en las piernas al caminar
Fatigue/Cansancio	Leg swelling/Hinchazón en las piernas	Muscle aches/Dolores musculares

	Appetite Changes/Cambios en el apetito			Neck pain/neck stiffness/Dolor de cuello/rigidez en el cuello
	Weight Changes/Cambios en el peso	✓	GASTROINTESTINAL/GASTROINTESTINAL	Back pain/Dolor de espalda
			Abdominal pain/Dolor abdominal	Muscle weakness/Debilidad muscular
✓	ENT/Head/Eyes/Otorrinolaringología/Cabeza/Ojos		Nausea/vomiting/Náuseas/vómitos	
	Change in vision/Cambio en la visión		Constipation/Estreñimiento	✓ NEUROLOGICAL/NEUROLÓGICO
	Ear pain/Dolor de oído		Diarrhea/Diarrea	Dizziness/Mareos
	Ear discharge/Secreción del oído		Acid reflux/heartburn/Reflujo ácido/acidez estomacal	Lightheadedness/Mareos
	Hearing loss/ringing of ears/Pérdida de la audición/zumbido en los oídos		Blood in stool/Sangre en las heces	Balance problems/Problemas de equilibrio
	Nosebleeds/Hemorragias nasales		Pain in rectum/Dolor en el recto	Paralysis of any body part/Parálisis de cualquier parte del cuerpo
	Sinus pressure/Presión en los senos paranasales			Headaches/Cefaleas
	Sneezing/Estornudos	✓	ENDOCRINE/ENDOCRINO	Numbness/Tingling/Entumecimiento/hormigueo
	Facial swelling/Inflamación facial		Hair changes/Cambios en el cabello	Seizures/Convulsiones
	Sinus congestion/Congestión de los senos paranasales		Skin changes/Cambios en la piel	Tremors/Temblores
	Mouth sores/Llagas en la boca		Increase thirst/Aumento de la sed	Weakness/Debilidad
	Sore throat/Dolor de garganta		Increased hunger/Aumento del apetito	
	Trouble swallowing/Problemas para tragar			✓ PSYCHIATRIC/PSIQUIÁTRICO
	Drooling/Salivación	✓	GENITOURINARY/GENITOURINARIO	Increase in stressors/Aumento de factores estresantes
			Pain with urination/Dolor al orinar	Behavior issues/Problemas de comportamiento
✓	RESPIRATORY/RESPIRATORIO		Urinary frequency/Frecuencia urinaria	Confusion/Confusión
	Cough/Tos		Increased urinating at night/Aumento de la micción nocturna	Depression/Depresión
	Shortness of breath/Dificultad para respirar		Blood in urine/Sangre en la orina	Anxiety/Agitation/Ansiedad/Agitación
	Wheezing/Sibilancia		Painful periods/Menstruaciones dolorosas	Decreased concentration/Disminución de la concentración
	Sputum/Esputo		Heavy periods/Menstruaciones abundantes	Hallucinations/Alucinaciones
	Chest tightness/Opresión en el pecho		Irregular periods/Períodos irregulares	Sleep disturbances/Trastornos del sueño

	Choking/Atragantamiento		Menopause/Menopausia		Suicidal thoughts/Pensamientos suicidas
	Loud snoring/Ronquidos fuertes		Testicular pain/Dolor testicular		
			Genital sores/Llagas genitales	✓	OTHER ISSUES/OTROS PROBLEMAS
✓	HEMATOLOGICAL/HEMATOLÓGICO				
	Easy bruising/bleeding/Fácil aparición de hematomas/sangrado	✓	SKIN/PIEL		
	Swollen lymph nodes/Inflamación de los ganglios linfáticos		Rashes/Erupciones		
			Ulcers/wounds/Úlceras/heridas		
			Changing mole/Cambio de lunar		