

NAME (NOMBRE) \_\_\_\_\_

Appointment with Dr. \_\_\_\_\_

Acct # \_\_\_\_\_

MRN \_\_\_\_\_

**McHenry Medical Group, Inc.**  
1541 Florida Avenue, Suite 200, Modesto, CA 95350  
Telephone 209-577-3388

**PATIENT HEALTH QUESTIONNAIRE**

*Cuestionario de Salud*

Internal Medicine Department

Please complete this form and bring it to the reception desk. It will be made part of your confidential medical record.  
*Haga el favor de completar esta forma y tráigala al mostrador de recepción. Va ser parte de su expediente médico confidencial.*

Your name \_\_\_\_\_ Today's date \_\_\_\_\_  
*Su nombre Fecha de hoy*

Your address \_\_\_\_\_  
*Domicilio street (calle) city (ciudad) state (estado) zip (código postal)*

Home phone \_\_\_\_\_ Work phone \_\_\_\_\_ Cell phone \_\_\_\_\_  
*Numero telefónico de casa de trabajo de celular*

Date of birth \_\_\_\_\_ Place of birth \_\_\_\_\_ Male  Female   
*Fecha de nacimiento Lugar de nacimiento Masculino Femenino*

Occupation \_\_\_\_\_ Education completed \_\_\_\_\_  
*Ocupación Educación completada*

Marital status: Married  Single  Divorced  Widowed   
*Estado civil Casado/a Soltero/a Divorciado/a Viuda/o*

1. Current and past medical conditions (check all that apply):

*Enfermedades recientes y del pasado (indique todas que le apliquen)*

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> High blood pressure<br><i>alta presión</i>                              | <input type="checkbox"/> Gout<br><i>gota</i>          | <input type="checkbox"/> Colitis<br><i>inflamación de los intestinos</i>                |
| <input type="checkbox"/> Heart disease<br><i>enfermedad cardíaca</i>                             | <input type="checkbox"/> Arthritis<br><i>artritis</i> | <input type="checkbox"/> Gallbladder disease<br><i>enfermedad de la vesícula biliar</i> |
| <input type="checkbox"/> Heart attack<br><i>ataques de corazón</i>                               | <input type="checkbox"/> Asthma<br><i>asma</i>        | <input type="checkbox"/> Kidney disease<br><i>enfermedad del riñón</i>                  |
| <input type="checkbox"/> Blood clots<br><i>coágulos de sangre</i>                                | <input type="checkbox"/> Emphysema<br><i>enfisema</i> | <input type="checkbox"/> Tuberculosis<br><i>tuberculosis</i>                            |
| <input type="checkbox"/> Stroke<br><i>embolio</i>  | <input type="checkbox"/> Cancer<br><i>cáncer</i>      | <input type="checkbox"/> Goiter<br><i>bocio</i>   |
| <input type="checkbox"/> Diabetes<br><i>diabetes</i>   | <input type="checkbox"/> Cirrhosis<br><i>cirrosis</i> | <input type="checkbox"/> Depression/anxiety<br><i>depresión/ansiedad</i>                |
| <input type="checkbox"/> Sexually transmitted disease<br><i>enfermedad de transmisión sexual</i> | <input type="checkbox"/> Anemia<br><i>anemia</i>      |   |

Other: \_\_\_\_\_  
*Otros*

NAME (NOMBRE) \_\_\_\_\_

Appointment with Dr. \_\_\_\_\_

Acct # \_\_\_\_\_

MRN \_\_\_\_\_

2. Current complaints (check all that apply):

*Síntomas recientes (indique todos que le apliquen)*

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Cough<br><i>tos</i>                                | <input type="checkbox"/> Abdominal pain<br><i>dolor abdominal</i>         | <input type="checkbox"/> Impaired vision<br><i>debilidad en su visión</i>    |
| <input type="checkbox"/> Shortness of breath<br><i>corto de respiración</i> | <input type="checkbox"/> Heartburn<br><i>agruras</i>                      | <input type="checkbox"/> Frequent urination<br><i>urinar con frecuencia</i>  |
| <input type="checkbox"/> Chest pain<br><i>dolor del pecho</i>               | <input type="checkbox"/> Blood in stool<br><i>sangre en el excremento</i> | <input type="checkbox"/> Difficulty urinating<br><i>dificultad al orinar</i> |
| <input type="checkbox"/> Palpitations<br><i>palpitaciones</i>               | <input type="checkbox"/> Headache<br><i>dolor de cabeza</i>               | <input type="checkbox"/> Fever<br><i>fiebre</i>                              |
| <input type="checkbox"/> Angina<br><i>angina del pecho</i>                  | <input type="checkbox"/> Dizziness<br><i>mareo</i>                        | <input type="checkbox"/> Weight loss<br><i>pérdida de peso</i>               |
| <input type="checkbox"/> Nausea<br><i>náusea</i>                            | <input type="checkbox"/> Fainting<br><i>desmayo</i>                       | <input type="checkbox"/> Difficulty sleeping<br><i>insomnio</i>              |
| <input type="checkbox"/> Vomiting<br><i>vómito</i>                          | <input type="checkbox"/> Muscle weakness<br><i>debilidad muscular</i>     | <input type="checkbox"/> Lack of energy<br><i>falta de energía</i>           |
| <input type="checkbox"/> Diarrhea<br><i>diarrea</i>                         | <input type="checkbox"/> Numbness, tingling<br><i>insensibilidad</i>      |  |
| <input type="checkbox"/> Constipation<br><i>estreñimiento</i>               | <input type="checkbox"/> Impaired hearing<br><i>defectos de oír</i>       |  |

3. Surgical history (historia de operaciones):

\_\_\_\_\_ Year (año) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Year (año) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Year (año) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Year (año) \_\_\_\_\_

4. Allergies (alergias a medicinas):

\_\_\_\_\_

5. Current medications and dosages (medicinas y cantidad):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

6. Serious medical conditions in family members (parents, children, siblings):

*Enfermedades de su familia (padres, hijos/as, hermanos/as)*

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

7. <u>Indicate use (uso):</u>	present ( <i>presente</i> )	past ( <i>pasado</i> )	never ( <i>nunca</i> )
Tobacco ( <i>tabaco</i> )	_____	_____	_____
Alcohol ( <i>alcohol</i> )	_____	_____	_____
Marijuana ( <i>marihuana</i> )	_____	_____	_____
Illicit drugs ( <i>drogas ilícitas</i> )	_____	_____	_____

NAME (NOMBRE) \_\_\_\_\_

Appointment with Dr. \_\_\_\_\_

Acct # \_\_\_\_\_

MRN \_\_\_\_\_

8. Females only (mujeres solamente)

Date of last Pap \_\_\_\_\_

*Fecha de último Papanicolaou*

Date of last mammogram \_\_\_\_\_

*Fecha de último mamograma*

Do you have breast implants?  yes \_\_\_\_\_  no

*¿Tiene senos implantados?*

*sí*

*no*

Date of last menstrual cycle \_\_\_\_\_

*Fecha de última menstruación*

Current birth control method \_\_\_\_\_

*Métodos anticonceptivos*

9. Males only (hombres)

Date of last prostate exam \_\_\_\_\_

*Fecha de último examen de la glándula próstata*

Do you have an implanted penile device?  yes \_\_\_\_\_  no

*¿Tiene aparato implantado en el pene?*

*sí*

*no*

Date of last PSA (blood test) \_\_\_\_\_

*Fecha de último PSA (un examen de la sangre)*

10. Immunizations (inmunizaciones)

Date of last tetanus \_\_\_\_\_

*Fecha de último tétano*

Date of last Pneumovax \_\_\_\_\_

*Fecha de último Pneumovax*

Date of last MMR \_\_\_\_\_

*Fecha de último MMR*

Date of last flu vaccine \_\_\_\_\_

*Fecha de la última vacuna para la gripa*

11. Do you have a living will or power of attorney?  yes \_\_\_\_\_  no

*¿Tiene un testamento vivo o poder procuración?*

*sí*

*no*

12. Emergency contact person name and phone number \_\_\_\_\_

*Contacto de emergencia, nombre y teléfono*

13. List any other concerns you have: \_\_\_\_\_

*Otras preocupaciones*

14. Life goals (exercise, weight loss, etc.): \_\_\_\_\_

*Metas de la vida (ejercicio, adelgazar, etc.)*