

Primacy Care Clinic

849 Quince Orchard Blvd Suite B, Gaithersburg, MD 20878

Tel: 301-818-5656 Fax: 301-818-5151

至上保健门诊

Medical History *Historial médico*

Patient's Name:

DOB:

Nombre del paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Please Check if all that apply *Por favor marque si todo lo que aplica*

| Allergies <i>Alergias</i> | |
|--|--|
| If YES , please list below <i>En caso afirmativo por favor liste abajo</i> Food <i>Comida:</i> _____ Medications <i>Medicamentos:</i> _____ Seasonal <i>Estacional:</i> _____ Animals <i>Los animals:</i> _____ Others <i>Otros:</i> _____ | No Known Allergies No Conocido Alergias |

| Past Medical History <i>Historia médica pasada</i> | |
|--|---|
| Asthma <i>Asma</i> Developmental <i>De Desarrollo</i> Diabetes <i>Diabetes</i> Ear Infections <i>Infecciones del oido</i> Gastrointestinal <i>Gastrointestinal</i> Heart Disease <i>enfermedad del corazón</i> Neurological <i>Neurológica</i> Injuries <i>Lesiones</i> | Behavioral <i>De comportamiento:</i> _____ _____ Others <i>Otros:</i> Surgery (s) <i>Surgery (s):</i> |

CURRENT MEDICATIONS *MEDICAMENTOS ACTUALES*

| Name of Medication <i>Nombre de la medicación</i> | Dose <i>Dosis</i> | Amount Taken <i>Cantidad tomada</i> | Times per day <i>Tiempos por día</i> |
|--|----------------------|--|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

PREFERRED RETAIL PHARMACY *FARMACIA AL POR MENOR PREFERENTE*

| Name <i>Nombre</i> | Address <i>Dirección</i> | Phone Number <i>Número de teléfono</i> |
|--------------------|--------------------------|--|
| | | |

Family History *Historia familiar*

(Please check all that apply *Por favor marque si todo lo que aplica*)

| | Mother <i>Madre</i> | Father <i>Padre</i> | Sister <i>Hermana</i> | Brother <i>Hermano</i> | MGMa | MGPa | PGMa | PGPa | Other Disease <i>Otra enfermedad</i> |
|--|------------------------|------------------------|--------------------------|---------------------------|------|------|------|------|---|
| Alcohol/Drug Abuse <i>Abuso de Alcohol/Drogas</i> | | | | | | | | | |
| Allergies <i>Alergias</i> | | | | | | | | | |
| Anxiety <i>Ansiedad</i> | | | | | | | | | |
| Arthritis <i>Artritis</i> | | | | | | | | | |
| Asthma <i>Asma</i> | | | | | | | | | |
| Breast Cancer <i>Cáncer de mama</i> | | | | | | | | | |
| Colon Cancer <i>Cáncer de colon</i> | | | | | | | | | |
| Depression <i>Depresión</i> | | | | | | | | | |
| Diabetes <i>Diabetes</i> | | | | | | | | | |
| Heart Disease <i>Enfermedad del corazón</i> | | | | | | | | | |
| Hypertension <i>Hipertensión</i> | | | | | | | | | |
| Osteoporosis <i>Osteoporosis</i> | | | | | | | | | |
| Prostate Cancer <i>Cancer de prostata</i> | | | | | | | | | |
| Stroke <i>Carrera</i> | | | | | | | | | |
| Thyroid problem <i>Problema de tiroides</i> | | | | | | | | | |

Primacy Care Clinic

849 Quince Orchard Blvd Suite B, Gaithersburg, MD 20878

Tel: 301-818-5656 Fax: 301-818-5151

至上保健门诊

Social History *Historia social:*

| | |
|--|--|
| Marriage Status: <i>Estado civil:</i> | <input type="radio"/> Single <i>Soltero/a</i> <input type="radio"/> Married <i>Casado/a</i> <input type="radio"/> Widow(er) <i>Vdo/ Viudo</i> <input type="radio"/> Other <i>Otro/a</i> |
| Cigarette smoking: <i>Fumar cigarillos:</i> | <input type="radio"/> No <i>No</i> <input type="radio"/> Yes <i>Sí</i> : Packs/day <i>Paquetes / día</i> : how many years <i>cuántos años :</i> |
| Alcohol Drinking: <i>Beber alcohol:</i> | <input type="radio"/> No <i>No</i> <input type="radio"/> Yes <i>Sí</i> : How much per week <i>Cuanto por semana:</i> |
| Occupation: <i>Ocupación:</i> | |

Preventive History *Historia preventiva*

| | |
|--|---|
| Flu Shot <i>Vacuna contra la gripe</i> | <input type="radio"/> No <i>No</i> <input type="radio"/> Yes <i>Sí</i> , When <i>Cuando</i> : |
| Tetanus <i>Tétanos</i> | <input type="radio"/> No <i>No</i> <input type="radio"/> Yes <i>Sí</i> , When <i>Cuando</i> : |
| Hepatitis B <i>Hepatitis B</i> | <input type="radio"/> No <i>No</i> <input type="radio"/> Yes <i>Sí</i> , When <i>Cuando</i> : |
| Pneumovax <i>Pneumovax</i> | <input type="radio"/> No <i>No</i> <input type="radio"/> Yes <i>Sí</i> , When <i>Cuando</i> : |
| Shingles Shot <i>Vacuna contra la culebrilla</i> | <input type="radio"/> No <i>No</i> <input type="radio"/> Yes <i>Sí</i> , When <i>Cuando</i> : |
| Mammogram <i>Mamograma</i> | <input type="radio"/> No <i>No</i> <input type="radio"/> Yes <i>Sí</i> , When <i>Cuando</i> : |
| Pap Smear <i>Prueba de Papanicolaou</i> | <input type="radio"/> No <i>No</i> <input type="radio"/> Yes <i>Sí</i> , When <i>Cuando</i> : |
| Colonoscopy <i>Colonoscopia</i> | <input type="radio"/> No <i>No</i> <input type="radio"/> Yes <i>Sí</i> , When <i>Cuando</i> : |

Patient's Signature:

Date:

PARENT/LEGAL GUARDIAN SIGNATURE:
FIRMA DEL PADRE / TUTOR LEGAL:

Date:
Fecha:

Primacy Care Clinic

849 Quince Orchard Blvd Suite B, Gaithersburg, MD 20878

Tel: 301-818-5656 Fax: 301-818-5151

至上保健门诊

医疗病史

患者姓名: _____

生日: _____

请 所有适用的选项

| | |
|--|-----------------------------------|
| 有过敏史: <input type="checkbox"/> | |
| 如有过敏, 请列出: 食物: _____ 药物: _____ 季节性过敏: _____ 动物: _____ 其它: _____ | 无过敏史: <input type="checkbox"/> |

| | |
|--|--|
| 既往医疗病史: | |
| <input type="checkbox"/> 哮喘: <input type="checkbox"/> 发育异常: <input type="checkbox"/> 糖尿病: <input type="checkbox"/> 耳疾: <input type="checkbox"/> 肠胃疾病: <input type="checkbox"/> 心脏疾病: <input type="checkbox"/> 神经系统疾病: <input type="checkbox"/> 创伤史: | <input type="checkbox"/> 精神/心理病史: _____ _____ <input type="checkbox"/> 手术史: <input type="checkbox"/> 其它病史: |

当前服用的药物:

| 药名 | 单位剂量 | 服用剂量 | 每天服用时间 |
|----|------|------|--------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

常用的药房信息

| 药房名称 | 地址 | 电话号码 |
|------|----|------|
| | | |

家庭病史

| | 母亲 | 父亲 | 姐妹 | 兄弟 | 祖母 | 祖父 | 外婆 | 外公 | 其它疾病 |
|-----------|----|----|----|----|----|----|----|----|------|
| 酒精或药物依赖史 | | | | | | | | | |
| 过敏史 | | | | | | | | | |
| 焦虑症 | | | | | | | | | |
| 关节炎 | | | | | | | | | |
| 哮喘 | | | | | | | | | |
| 乳腺癌 | | | | | | | | | |
| 结肠/直肠癌 | | | | | | | | | |
| 抑郁症 | | | | | | | | | |
| 糖尿病 | | | | | | | | | |
| 冠心病/其它心脏病 | | | | | | | | | |
| 高血压 | | | | | | | | | |
| 骨质疏松 | | | | | | | | | |
| 前列腺癌 | | | | | | | | | |
| 中风 | | | | | | | | | |
| 甲状腺疾病 | | | | | | | | | |

Primacy Care Clinic

849 Quince Orchard Blvd Suite B, Gaithersburg, MD 20878

Tel: 301-818-5656 Fax: 301-818-5151

至上保健门诊

(请√ 所有适用的选项)

社会史:

| | |
|------|--|
| 婚姻状态 | <input type="radio"/> 单身 <input type="radio"/> 已婚 <input type="radio"/> 丧偶 <input type="radio"/> 其它: |
| 吸烟史 | <input type="radio"/> 无 <input type="radio"/> 有 每天几包? : 吸烟总年数: |
| 饮酒史: | <input type="radio"/> 无 <input type="radio"/> 有 每周多少量: |
| 职业: | |

疾病预防史:

| | |
|--------|---|
| 流感疫苗注射 | <input type="radio"/> 无 <input type="radio"/> 有, 何时? : |
| 破伤风疫苗 | <input type="radio"/> 无 <input type="radio"/> 有, 何时? : |
| 乙肝疫苗 | <input type="radio"/> 无 <input type="radio"/> 有, 何时? : |
| 肺炎疫苗 | <input type="radio"/> 无 <input type="radio"/> 有, 何时? : |
| 带状疱疹疫苗 | <input type="radio"/> 无 <input type="radio"/> 有, 何时? : |
| 钼靶乳腺年检 | <input type="radio"/> 无 <input type="radio"/> 有, 何时? : |
| 宫颈刮片检查 | <input type="radio"/> 无 <input type="radio"/> 有, 何时? : |
| 结肠镜检查 | <input type="radio"/> 无 <input type="radio"/> 有, 何时? : |

病人签名:

日期:

家长/法定监护人签名:

日期
