

Premier Urgent Care

Badolato Family Health at Suntree / Viera

David W. Badolato, MD Stephen K. Badolato, MD Yvette Lopez- Granberry, MD
 Christopher Galloway, MD Frank J. Listello, MD Arno Loeffler, MD
 Sarajane Sengel, PA Walter Joyner, PA Kenneth Rice, PA

Patient's Name/ (Nombre de paciente): _____ Date/ Fecha): _____

Sex/ (Sexo): M/F _____ Age/(Edad): _____ Date of Birth/(Fecha de nacimiento): _____

Occupation/ (Ocupacion): _____ Do you have a living will? YES/(SI) NO
 (Tienes testamento vital?)

Medications/(Medicamentos): _____

Any Allergies/ Tienes Alergico? _____

Past/ (Pasado)/Current Medical History/(Presente historiar de Medico) (check all that apply)(marca todos que aplique)

	✓You/usted	✓Relative? ✓Relativo	If relative, WHO? Si, relative, Quien?
Alcoholism/(Alcoholismo)			
Drug Addiction/(Drogadicto)			
Birth Defects/(Defectos de Nacimiento)			
Bleeding Disorder/(Trastorno de Sangre)			
Cancer/(Cáncer) (type/tipo: _____)			
Diabetes/(Diabetes)			
Epilepsy/Seizures/(Epilepsia/Ataque)			
Glaucoma/(Glaucoma)			
Heart Disease/(Enfermedad del Corazon)			
High Blood Pressure(Tension Arterial)			
Lung Problem/(Problema del pulmon)			
Mental Illness/(Enfermedad Mental)			
Osteoporosis/(Osteoporosis)			
Pace Maker/ (Marcapaso en el corazon)			
Stroke/ (Apoplexy)			
Thyroid Disease/(enfermedad de tiroides)			
Tuberculosis (TB)/ (Tuberculosis)			
Sinus Headache/(dolor de cabeza o sinusitis)			
Migraine Headache/(Migrana)			
Other/(Otro) _____			

Past Surgeries/(Cirugia pasado): Appendix/(Apendice) C-section/(C-la seccion) Gallbladder/(Vesicula biliar) Dental Hysterectomy (full or partial)/(Histerectomia) Ulcers/(Ulceras) Tonsillectomy/(Tonsilectomia) Prostatectomy/(Prostata) Cataract (Catarata) Tubal Ligation/ (Ligadura de trompas) Others/(Otro) _____

Social History/ (Historia social): Single/(Solo) Married/(Casado) Divorced/(Divorcio) Widowed/(Dejar Viuda)

Alcohol: None(Nada) Under 2 drinks daily(menos dos al dia) 2 to 6 drinks(2 & 6 dario) More than 6 drinks(mas de 6)

Tobacco/ (Fuma): None/(nada) Cigarettes/(Cigarrillo): How many?/Cuanto? _____ Smokeless Tobacco/(Tobacco sin humo) Cigars/(Cigarros): # years/(cuantos anos) _____

Female Patient (Mujer): Date of last menstrual period(Fecha de menstrual periodo): _____

PAP/(Papanicolaou): _____ Mammogram/(Mamografia): _____ Birth Control Pill /(Control de la natalidad): Yes/(Si) No

Male Patient/ (Hombre): Date of last rectal exam/Fecha de examen rectal): _____ PSA/(examen postrar): _____

List year of last (Ultimo ano) Flu shot/(Inyeccion de Gripe): _____ Pneumovax/(Inyeccion de pulmonia): _____

Tetanus/(Inyeccion de tetano): _____ Colonoscopy (colonoscopia) _____

Reviewed by: _____ **Date:** _____