



PATIENT I.D. DATA /
 DATOS DE IDENTIDAD DEL PACIENTE:
 (name, DOC #, birthdate /
 nombre, Núm. DOC, fecha de nacimiento)

HISTORY AND PHYSICAL

HISTORIA CLÍNICA Y EXAMEN MÉDICO

Facility/Institución:

Date/Fecha:

HEALTH HISTORY – PATIENT REPORT / HISTORIA CLÍNICA – INFORME DEL PACIENTE

Recent General Symptoms (check all that apply) / Síntomas generales recientes (Marque todos los que aplican)

<input type="checkbox"/> Anemia <i>Anemia</i>	<input type="checkbox"/> Abdominal pain <i>Dolor en el abdomen</i>	<input type="checkbox"/> Active dental abscess <i>Absceso dental activo</i>
<input type="checkbox"/> Bloody/tarry stools <i>Excremento ensangrentado y ennegrecido</i>	<input type="checkbox"/> Breast lump or discharge <i>Bola o secreción del seno</i>	<input type="checkbox"/> Bruise easily <i>Se contusiona fácilmente</i>
<input type="checkbox"/> Calf pain with walking <i>Dolor de pantorrilla al caminar</i>	<input type="checkbox"/> Chest pain/tightness <i>Dolor o tirantez de pecho</i>	<input type="checkbox"/> Chronic cough <i>Tos crónica</i>
<input type="checkbox"/> Coughing up blood <i>Expectorar sangre</i>	<input type="checkbox"/> Currently pregnant <i>Embarazada en la actualidad</i>	<input type="checkbox"/> Decreased hearing <i>Pérdida de audición</i>
<input type="checkbox"/> Depression <i>Depresión</i>	<input type="checkbox"/> Difficulty swallowing <i>Dificultad para tragar</i>	<input type="checkbox"/> Hallucinations <i>Alucinaciones</i>
<input type="checkbox"/> Head injury <i>Lesión a la cabeza</i>	<input type="checkbox"/> Heartburn <i>Acidez estomacal</i>	<input type="checkbox"/> Heavy menses <i>Menstruación con mucho flujo</i>
<input type="checkbox"/> Irregular periods <i>Reglas irregulares</i>	<input type="checkbox"/> Joint pain/stiffness/swelling <i>dolor/Tirantez/hinchazón en las articulaciones</i>	<input type="checkbox"/> Kidney stones <i>Cálculos renales</i>
<input type="checkbox"/> Loss of consciousness/dizziness <i>Pérdida de conocimiento/marea</i>	<input type="checkbox"/> Loss of vision <i>Pérdida de la visión</i>	<input type="checkbox"/> Lumps on neck or under arms <i>Bolas en el cuello o en las axilas</i>
<input type="checkbox"/> Neck stiffness <i>Rigidez del cuello</i>	<input type="checkbox"/> Night sweats <i>Sudores nocturnos</i>	<input type="checkbox"/> Pain/frequency with urination <i>Dolor frecuente al orinar</i>
<input type="checkbox"/> Palpitations/irregular heart beats <i>Palpitaciones/latidos irregulares del corazón</i>	<input type="checkbox"/> Paralysis <i>Parálisis</i>	<input type="checkbox"/> Past positive PPD <i>PPD positivo en el pasado</i>
<input type="checkbox"/> Persistent nausea/vomiting <i>Náuseas y vómitos persistentes</i>	<input type="checkbox"/> Aversion to lights <i>Aversión a la luz</i>	<input type="checkbox"/> Prostate problems <i>Problemas del próstata</i>
<input type="checkbox"/> Rash or itching <i>Ronchas o comezón</i>	<input type="checkbox"/> Shortness of breath <i>Falta de aire</i>	<input type="checkbox"/> Suicidal thoughts <i>Ideas suicidas</i>
<input type="checkbox"/> Swollen ankles <i>Tobillos hinchados</i>	<input type="checkbox"/> Throat problems <i>Problemas con la garganta</i>	<input type="checkbox"/> Unwanted weight changes <i>Cambios de peso no deseados</i>
<input type="checkbox"/> Other/Otro:		

Health History (check all that apply) / Historia clínica (marque casillas que aplican)

<input type="checkbox"/> Anemia/Anemia	<input type="checkbox"/> Angioedema/Angioedema	<input type="checkbox"/> Asthma/Asma
<input type="checkbox"/> Cancer <i>Cáncer</i>	<input type="checkbox"/> Chickenpox <i>Viruela de gallina</i>	<input type="checkbox"/> Crohn's Disease/ulcerative colitis <i>Enfermedad de Crohn/colitis ulcerosa</i>
<input type="checkbox"/> Diabetes <i>Diabetes</i>	<input type="checkbox"/> Eczema/dermatitis <i>Eccema/dermatitis</i>	<input type="checkbox"/> Emphysema or chronic bronchitis <i>Enfisema o bronquitis crónica</i>
<input type="checkbox"/> Gastrointestinal bleeding/ <i>Hemorragia gastrointestinal</i>	<input type="checkbox"/> Gonorrhea or Chlamydia/ <i>Gonorrea o Chlamydia</i>	<input type="checkbox"/> Heart disease <i>Enfermedad del corazón</i>
<input type="checkbox"/> Hemophilia/Hemofilia	<input type="checkbox"/> Hepatitis A/Hepatitis A	<input type="checkbox"/> Hepatitis B/Hepatitis B
<input type="checkbox"/> Hepatitis C <i>Hepatitis C</i>	Date first diagnosed <i>Fecha del primer diagnóstico:</i> _____	Where diagnosed <i>Dónde diagnosticado:</i> _____
Genotype/ <i>Genotipo:</i>	Latest HCV viral load/ <i>Ultima carga viral HCV:</i>	Past treatment <i>Tratamiento anterior:</i>
<input type="checkbox"/> Hernia/Hernia	<input type="checkbox"/> Herpes/Herpes	<input type="checkbox"/> High blood pressure/Alta presión

HISTORY AND PHYSICAL
Historia Clínica y Examen Médico

PATIENT I.D. DATA /
 DATOS DE IDENTIDAD DEL PACIENTE:
 (name, DOC #, birthdate /
 nombre, Núm. DOC, fecha de nacimiento)

Date/Fecha:

<input type="checkbox"/> High cholesterol/ <i>Colesterol alto</i>		
<input type="checkbox"/> HIV/AIDS <i>VIH/SIDA</i>	Last viral load: <i>Última carga viral:</i> _____	Last CD4 count: <i>Último conteo CD4:</i> _____
Lowest CD4 count: <i>Conteo más bajo CD4:</i> _____		
Past and current treatments: <i>Tratamientos anteriores y actuales:</i>		
<input type="checkbox"/> Kidney disease <i>Enfermedad de los riñones</i>	<input type="checkbox"/> Liver disease or cirrhosis <i>Enfermedad del hígado o cirrosis</i>	<input type="checkbox"/> Lump of any kind <i>Bola de cualquier tipo</i>
<input type="checkbox"/> Mental health/emotional problem/ <i>Problema de salud mental/emocional</i>	<input type="checkbox"/> MRSA/(EDRM) <i>Estafilococo dorado</i> <i>resistente a la meticilina</i>	<input type="checkbox"/> Ovarian cysts <i>Quistes ováricos</i>
<input type="checkbox"/> Rheumatic fever <i>Fiebre reumática</i>	<input type="checkbox"/> Rubella <i>Rubéola</i>	<input type="checkbox"/> Seizure disorder <i>Mal de convulsiones</i>
<input type="checkbox"/> Shingles <i>Herpes zoster</i>	<input type="checkbox"/> Scabies <i>Sarna</i>	<input type="checkbox"/> Stomach ulcers <i>Úlceras estomacales</i>
<input type="checkbox"/> Stroke <i>Derrame cerebral</i>	<input type="checkbox"/> Syphilis <i>Sífilis</i>	<input type="checkbox"/> Thyroid disease <i>Enfermedad de la tiroides</i>
<input type="checkbox"/> Treatment for TB <i>Tratamiento para TB</i>	When <i>Cuando:</i> _____	Where <i>Donde:</i> _____
Length of Treatment <i>Duración de tratamiento:</i>		Medications used <i>Medicamentos usados:</i>
<input type="checkbox"/> Other/Otro:		

Details of Health History items checked above/*Detalles de la historia clínica para las casillas marcadas*

No serious health problems/*No hay problemas de salud serios*

Surgical and Trauma History (check all that apply) / *Historia de cirugías y trauma (marque casillas que aplican)*

<input type="checkbox"/> Abortion or D&C <i>Aborto o dilatación y legrado</i>	<input type="checkbox"/> Amputation <i>Amputación</i>	<input type="checkbox"/> Appendix removal <i>Extracción de la apéndice</i>
<input type="checkbox"/> Back surgery <i>Cirugía de la espalda</i>	<input type="checkbox"/> Breast implants <i>Implantes de pecho</i>	<input type="checkbox"/> Fracture repair <i>Reparación de una fractura</i>
<input type="checkbox"/> Gall bladder removal <i>Extracción de la vesícula</i>	<input type="checkbox"/> Gunshot or stab wound <i>Herida de bala o puñalada</i>	<input type="checkbox"/> Hernia repair <i>Reparación de una hernia</i>
<input type="checkbox"/> Hysterectomy <i>Histerectomía</i>	<input type="checkbox"/> Liver biopsy <i>Biopsia del hígado</i>	<input type="checkbox"/> Plates/Pins/Screws <i>Placas/pernos/tornillos</i>
<input type="checkbox"/> Serious injuries <i>Lesiones serias</i>	<input type="checkbox"/> Skin biopsy <i>Biopsia de la piel</i>	<input type="checkbox"/> Spleen removal <i>Extirpación del bazo</i>
<input type="checkbox"/> Transgender modification <i>Modificación de género</i>	<input type="checkbox"/> Other abdominal surgery <i>Otra cirugía del abdomen</i>	<input type="checkbox"/> Other surgical hospitalization <i>Otras cirugías en el hospital</i>

HISTORY AND PHYSICAL
Historia Clínica y Examen Médico

PATIENT I.D. DATA /
 DATOS DE IDENTIDAD DEL PACIENTE:
 (name, DOC #, birthdate /
 nombre, Núm. DOC, fecha de nacimiento)

Date/Fecha:

Details of Surgical and Trauma History (include date, hospital, and details)
 Detalles de cirugías e historia de traumas (incluya fecha, hospital y detalles)

No major surgery/Ninguna cirugía mayor
 No major trauma/Ningún trauma mayor

Social History / Historia social

SUBSTANCE / SUSTANCIA	NO/ NONE/ NINGUNA	AMOUNT PER WEEK CANTIDAD POR SEMANA	NUMBER YEARS USED DURACION DE USO (AÑOS)	DATE OF LAST USE ÚLTIMA FECHA DE USAR
Tobacco/smoking/Tabaco/fumar				
Alcohol/Bebidas alcohólicas				
Intravenous/injected drugs/Drogas inyectadas:				
Other street drugs/Otras drogas de la calle:				
Other drugs of choice/Otras drogas de preferencia:				

Sexual partners/Parejas sexuales:
 Men/Hombres Women/Mujeres Both/Ambos

Sex for money and/or drugs/Relaciones sexuales a cambio de dinero/alcohol: Yes/Sí

Number of sexual partners in past 6 months/
 Número de parejas en los últimos 6 meses:

Number of sexual partners during lifetime/
 Número de parejas sexuales en toda su vida:

Do you have a living will or advance directive?
 ¿Tiene usted un testamento vital o una directiva avanzada? Yes/Sí No (If yes, ask patient to provide a copy)

Who is your healthcare proxy? / ¿Quién es su apoderado para cuestiones de salud?: None/Nadie

Name/Nombre: Telephone/Teléfono:

Usual occupation/¿A qué se dedica normalmente?:

Describe any claim with Labor and Industries/
 Describa cualquier reclamación con Labor e Industrias: None / Ninguna

If yes, claim is/Si contestó "sí" la reclamación está: Open/Abierta Closed/Cerrada Claim number, if known
 Número de la reclamación si sabe:

Describe any physical limitations
 Describa cualquier limitación física: None / Ninguna

HISTORY AND PHYSICAL
Historia Clínica y Examen Médico

PATIENT I.D. DATA /
 DATOS DE IDENTIDAD DEL PACIENTE:
 (name, DOC #, birthdate /
 nombre, Núm. DOC, fecha de nacimiento)

Date/Fecha:

Immunizations and Preventive Health History (provide dates for all received) Vacunas e historia de cuidados médicos preventivos (dé fechas para todo que ha recibido)		
Hepatitis A <i>Hepatitis A:</i>	Hepatitis B <i>Hepatitis B:</i>	Tetanus <i>Tétanos:</i>
Flu shot <i>Vacuna antigripal:</i>	Pneumovax <i>Vacuna antineumocócica:</i>	Chicken pox <i>Viruela de gallina:</i>
Measles, mumps, rubella <i>Sarampión, paperas, rubéola:</i>	Other vaccination <i>Otras vacunas:</i>	
Last physical exam <i>Último examen físico:</i>	Last eye exam <i>Último examen de la vista:</i>	Rectal exam <i>Tacto rectal:</i>
Colonoscopy <i>Colonoscopia:</i>	Fecal occult blood test <i>Prueba de sangre y heces oculta</i>	
Last PSA <i>Último PSA:</i>	PSA Value <i>Valor PSA:</i>	

Family History/Historia médica familiar				
<input type="checkbox"/> Adopted/ <i>Adoptado</i>	FATHER/PADRE	MOTHER/MADRE	SIBLINGS/HERMANOS	CHILDREN/HIJOS
Age if alive <i>Edad, si vive</i>				
Age of death <i>Edad al morir</i>				
Cancer <i>Cáncer</i>				
Hypertension <i>Presión alta</i>				
Heart disease <i>Enfermedad del corazón</i>				
Diabetes <i>Diabetes</i>				
Strokes <i>Derrames cerebrales</i>				
Mental health disease <i>Enfermedad mental</i>				
Other/ <i>Otro:</i>				

OB/Gynecologic History / Historia obstétrica y ginecológica		
Menarche (age of onset of periods)/ <i>Menarca (edad del comienzo de la menstruación):</i>	Frequency (length of cycle)/ <i>Frecuencia (duración del ciclo):</i>	
Length of period/ <i>Duración de la regla:</i>	Flow/Flujo: <input type="checkbox"/> Regular/ <i>Regular</i> <input type="checkbox"/> Irregular/ <i>Irregular</i>	
Pain/cramps with flow/ <i>Cólicos menstruales con el flujo:</i>	Last menstrual period/ <i>Fecha de última regla:</i>	
Number of pregnancies/ <i>Número de embarazos:</i>	Number of live births/ <i>Número de nacimientos vivos:</i>	Number of miscarriages/ <i>Número de malpartos:</i>
Birth control method/ <i>Método de control natal:</i>	Date of last sexual encounter/ <i>Fecha última de relaciones íntimas:</i>	
Last breast exam/ <i>Último examen de los senos:</i>	Result/Resultado:	
Last mammogram/ <i>Última mamografía:</i>	Result/ <i>Resultado:</i>	

HISTORY AND PHYSICAL
Historia Clínica y Examen Médico

PATIENT I.D. DATA /
 DATOS DE IDENTIDAD DEL PACIENTE:
 (name, DOC #, birthdate /
 nombre, Núm. DOC, fecha de nacimiento)

Date/Fecha:

Last Pap smear <i>Última prueba de Papanicolaou:</i>		Result <i>Resultado:</i>	
<input type="checkbox"/> History of abnormal Pap <i>Historia de Papanicolaou anormal</i>		Date(s) <i>Fecha(s):</i>	
Vaginal discharge <i>Secreción vaginal:</i>	Flushing/menopause <i>Menopausia:</i>	Other <i>Otro:</i>	
PATIENT SIGNATURE/FIRMA DEL PACIENTE		DATE/FECHA	

STOP! END OF PATIENT REPORT / ¡PARE! FIN DEL INFORME DEL PACIENTE!

Current Medications (list drug name, dosage, and reason for taking)	<input type="checkbox"/> None
Medicamentos que toma actualmente (apunte nombre del medicamento, dosis, razón de tomarlo)	<input type="checkbox"/> Ninguno
Allergies/Sensitivities (medications, foods, dyes, latex, hay fever)	≧ Update Problem List ≦
Alergias/sensibilidades (medicamentos, alimentos, tintes, látex, fiebre del heno)	≧ Actualice lista de problemas ≦

PHYSICAL EXAMINATION			
Facility:		Date of entry to DOC:	
Exam type: <input type="checkbox"/> Entry <input type="checkbox"/> Periodic <input type="checkbox"/> Inpatient		Date of exam:	
Height:	Weight:	SaO ₂ :	Temperature:
Respirations:	Pulse:	Blood pressure:	
Visual acuity – Uncorrected	Right:	Left:	
Visual acuity – Corrected	Right:	Left:	
Hearing – Specify method	Right:	Left:	
(e.g., spoken voice, audiometer)	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Diminished	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Diminished	
Chief Complaint (if applicable)			
<input type="checkbox"/> None			
History of Present Illness (if applicable)			
<input type="checkbox"/> Not applicable			

HISTORY AND PHYSICAL

PATIENT I.D. DATA:
(Name, DOC#, DOB)

Date:

General Appearance	<input type="checkbox"/> Well developed, well nourished	<input type="checkbox"/> In no apparent distress	
HEENT	<input type="checkbox"/> Within normal limits		
Significant findings:			
Neck	<input type="checkbox"/> Supple, no palpable mass, no bruit		
Significant findings:			
Chest	<input type="checkbox"/> Clear to auscultation		
Significant findings:			
Heart	<input type="checkbox"/> Normal rhythm and rate, no murmurs heard	<input type="checkbox"/> Heart sounds normal	
Significant findings:			
Abdomen	<input type="checkbox"/> Soft, non-tender, non-distended, no palpable mass, bowel sounds present		
Significant findings:			
Extremities/Joints	<input type="checkbox"/> No edema, no limitation of range of motion		
Significant findings:			
Genitourinary	<input type="checkbox"/> Deferred	<input type="checkbox"/> Normal external genitalia	<input type="checkbox"/> No testicular mass, no hernia
Significant findings:			
Neurologic	<input type="checkbox"/> Motor/sensory screen normal, alert and oriented x 3, no deficits		
Significant findings:			

HISTORY AND PHYSICAL

PATIENT I.D. DATA:
(Name, DOC#, DOB)

Date:

General Appearance – Continued

Skin Normal turgor, no apparent lesion seen
Significant findings:

Breast/Axilla Deferred No breast mass, no palpable axillary mass No exudate
Significant findings:

Pelvic Deferred Not indicated
Findings:

Prostate Deferred Not enlarged, no nodules felt Not indicated
Significant findings:

Rectal Deferred No palpable mass/hemorrhoids Not indicated
Significant findings:

Patient refused physical examination. Refusal of treatment form (13-048) completed.

ASSESSMENT

Problem List

Enter on DOC 13-378, Problem List Screening and Immunization Record

Impression

HISTORY AND PHYSICAL

PATIENT I.D. DATA:
(Name, DOC#, DOB)

Date:

Diagnostic Plan

- Hepatitis panel (test code 6519)
 Fecal occult blood test
 HIV test (test code 6449)
 Patient declines HIV test

Records to be Requested None

Treatment Plan None

Treatment Plan – Continued

- Patient declined hepatitis testing. Begin Twinrix (Hepatitis A/B) vaccination series. Give first vaccine now then #2 and #3 at 1 and 6 months respectively.
 Patient accepted hepatitis testing. Will evaluate the need for vaccination after laboratory results are reviewed.
 Sick Call/Periodic Physical PRN
 Follow-up: _____

P	U	L	H	E	S	D	X	T
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Restrictions: None No DNR/Firefighting

Housing: General Population Infirmary Other:

Healthcare Practitioner (stamp/print)	Healthcare Practitioner signature	Date
---------------------------------------	-----------------------------------	------

Reviewing Physician (if required) (stamp/print)	Reviewing Physician signature	Date
---	-------------------------------	------

State law and/or federal regulations prohibit disclosure of this information without the specific written consent of the person to whom it pertains, or as otherwise permitted by law.

Las leyes estatales y/o los reglamentos federales prohíben la revelación de esta información sin el consentimiento específico por escrito de quien se trata, o según la ley.