

HOUSTON MEDICAL CLINIC – HEALTH HISTORY

9889 Bellaire Blvd Ste E219A, Houston, TX 77036 - phone 713-272-6688 - fax (713) 271-6689 - houstonmedicalclinic.com

Patient Name <i>Nombre</i> 姓名	Date of Birth <i>Fecha de nacimiento</i> 生日	Referred By <i>Referido por</i> 誰推薦
Primary Doctor (PCP) <i>Doctor</i> 主治醫生	Date Last Seen <i>Fecha de visita</i> 上次看醫日	PCP Phone <i>Telefono</i> 醫生電話
Reason for Visit Today <i>Razón</i> 就診原因	Problem Duration <i>Duración</i> 問題持續時間	Past Treatment <i>Tratamiento previo</i> 之前治療

MEDICATIONS <i>Medicamentos</i> 藥物		<input type="checkbox"/> None <i>Nada</i> 無		<input type="checkbox"/> List Attached <i>Lista adjunta</i> 附藥物清單	
Medication/Supplement Name <i>Nombre</i> 藥名稱	Dosage <i>Dosis</i> 藥量	Directions <i>Instrucciones</i> 次數			

HMC may obtain medication history from secure pharmacy database sources. Decline, except for when required by law

ALLERGIES <i>Alergia</i> 過敏	<input type="checkbox"/> None <i>Nada</i> 無	<input type="checkbox"/> Food <i>Alimento</i> 食物	<input type="checkbox"/> Latex <i>Látex</i> 乳膠	<input type="checkbox"/> Pollen <i>Polen</i> 花粉
<input type="checkbox"/> Medication <i>Medicamento</i> 藥物 Specify Medication(s) and Reactions <i>Especificar</i> 解釋				

PAST MEDICAL HISTORY <i>Historia médica pasada</i> 病歷史		<input type="checkbox"/> None Known <i>Nada</i> 無	
<input type="checkbox"/> Anemia 貧血	<input type="checkbox"/> Asthma 哮喘	<input type="checkbox"/> Concussion 腦震盪	<input type="checkbox"/> Cancer 癌症
<input type="checkbox"/> Bleeding Disorder 凝血障礙	<input type="checkbox"/> COPD 慢性阻塞性肺病	<input type="checkbox"/> Seizure/Convulsion 癲癇抽搐	Type 類型
<input type="checkbox"/> Clotting Disorder 血栓	<input type="checkbox"/> Pneumonia 肺炎	<input type="checkbox"/> Stroke 中風	
	<input type="checkbox"/> Tuberculosis 肺結核		
<input type="checkbox"/> Diabetes 糖尿病	<input type="checkbox"/> Cataract 白內障	<input type="checkbox"/> Heart Attack 心肌梗塞	<input type="checkbox"/> Hyperthyroidism 甲狀腺亢進
Type 類型 1 2	<input type="checkbox"/> Glaucoma 青光眼	<input type="checkbox"/> Heart Disease 心臟病	<input type="checkbox"/> Hypothyroidism 甲狀腺減退
<input type="checkbox"/> Peripheral Neuropathy 週邊神經病變	<input type="checkbox"/> Retinal Disease 視網膜疾病	<input type="checkbox"/> Peripheral Vascular Disease 外周動脈疾病	
	<input type="checkbox"/> Hearing Loss 聽力損失		
<input type="checkbox"/> Hepatitis 肝炎 A B C	<input type="checkbox"/> High Blood pressure 高血壓	<input type="checkbox"/> Autoimmune 自體免疫	<input type="checkbox"/> Kidney Disease 腎病
<input type="checkbox"/> Other Liver Disease 其他肝病	<input type="checkbox"/> High Cholesterol 高膽固醇	<input type="checkbox"/> HIV 人類免疫缺乏病毒	<input type="checkbox"/> Dialysis 透析
<input type="checkbox"/> Psychiatric Condition 精神病	<input type="checkbox"/> Skin/Nail Disorder 皮膚病	<input type="checkbox"/> Rheumatoid Arthritis 風濕關節炎	<input type="checkbox"/> Urinary Tract Infection 尿道感染
<input type="checkbox"/> Bone/Joint/Muscle Problem <i>Musculoesquelético</i> 肌肉骨骼病	<input type="checkbox"/> Others <i>Otros</i> 其他 / Specify <i>Especificar</i> 解釋		

SOCIAL HISTORY 社交史	<input type="checkbox"/> Alcohol Use 喝酒	<input type="checkbox"/> Drug Use <i>Consumo de drogas</i> 吸毒
Type <i>Tipo</i> 類型	Quantity <i>Cuanto</i> 多少	Years <i>Años</i> 幾年
Smoking/Tobacco <i>Fumar</i> 抽煙	<input type="checkbox"/> Never <i>Nunca</i> 從不抽煙	<input type="checkbox"/> Current Use <i>Uso actual</i> 目前用
Type <i>Tipo</i> 類型	<input type="checkbox"/> Former Use <i>Uso anterior</i> 前用	Quantity <i>Cuanto</i> 多少
		Years <i>Años</i> 幾年

FAMILY HISTORY <i>Historia familiar</i> 家族病歷史	<input type="checkbox"/> None Known <i>Nada</i> 無
Condition <i>Condición</i> 病情	Family Member <i>Familia</i> 家人
Condition <i>Condición</i> 病情	Family Member <i>Familia</i> 家人

SURGICAL HISTORY <i>Historia quirúrgica</i> 手術史	<input type="checkbox"/> None <i>Nada</i> 無	Surgical Complication <i>Complicación quirúrgica</i> 併發症		Anesthesia Problems <i>Problemas de anestesia</i> 麻醉問題	
Type <i>Tipo</i> 類型	Year <i>Año</i> 年	Yes <i>sí</i> 有	No 沒有	Yes <i>sí</i> 有	No 沒有
Type <i>Tipo</i> 類型	Year <i>Año</i> 年	Yes <i>sí</i> 有	No 沒有	Yes <i>sí</i> 有	No 沒有
Type <i>Tipo</i> 類型	Year <i>Año</i> 年	Yes <i>sí</i> 有	No 沒有	Yes <i>sí</i> 有	No 沒有

SIGNATURE *Firma* 簽名: _____ **DATE** *Fecha* 日期: _____