

Balunatarajan, M.D. and Sara Brown, D.O.

Referred by: _____

Patient Information/Informacion Del Paciente

E-mail address: _____

Employer (Patrón) _____ Date (Fecha): _____ SSN: _____

First Name (Nombre): _____ Middle Initial (Inicial): _____ Last Name (Apellido): _____

If this is your first visit, please fill the blanks included in this box. (Si esta es su primera visita, por favor llene los espacios incluidos en este recuadro)

Address (Dirección): _____ City (Ciudad): _____ State (Estado): _____ Zip (C. Postal): _____

Home Phone (No. Telefono en casa): _____ Work Phone (No. Telefono en el trabajo): _____

Birthdate (Nacimiento): _____ Sex (Sexo): _____ Marital Status (Estado Civil): _____

Date of Injury (Fecha de lesión): _____ Time (Hora): _____ Last day worked (Ultimo día que trabajo): _____

Occupation (Ocupación): _____

Address where injury occurred (Lugar donde ocurrió la lesión): _____


Was your problem caused by something that happened at work? (¿Fue su problema causado por algo sucedido en su trabajo? Yes (Si) No (No))

Injury was reported to (La lesión fue reportada a): _____ Date (Fecha): _____ Time (Hora): _____

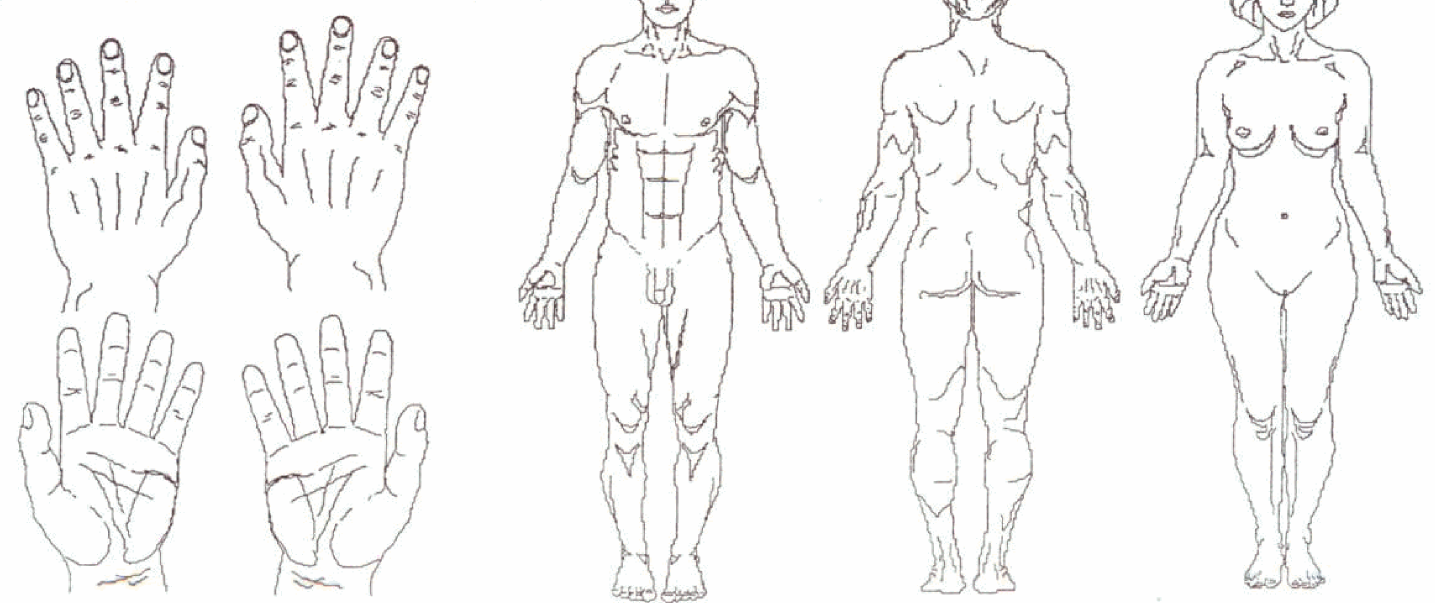
If this is your first visit, describe how your present injury/illness occurred. (Si esta es su primera visita, describa cómo ocurrió su actual lesión ó enfermedad.)
If this is a follow up visit, indicate any improvement or changes in your condition. (Si esta no es su primera visita, describa cualquier mejoría o cambio en su condición.)

PLEASE COMPLETE THE FOLLOWING DIAGRAM (Por favor complete el diagrama a continuación.)

If you feel any of the symptoms below, mark the areas of the body where you feel them on the figures below and indicate the type of symptom.
 (Si siente alguno de los síntomas listados a continuación, marque la zona del cuerpo en donde los siente en las figuras e indique el tipo de sintoma.)

Symptoms (Síntomas)	Example (Ejemplo)
1. Pain (Dolor)	
2. Numbness (Adormecimiento)	
3. Burning (Quemazón)	
4. Pins/Needles (Pinchazos)	

Rate the intensity of your pain: Indique la intensidad de su dolor:	NO PAIN	MOST PAIN
	SIN DOLOR	DOLOR INTENSO
	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	



Patient Signature (Firma del Paciente) _____ Date (Fecha) _____



Balu Natarajan, M.D. and Sara Brown, D.O.
 Internal and Sports Medicine
 711 W. North Avenue, Suite 202
 Chicago, IL 60610 · 312-616-7778

HEALTH HISTORY / HISTORIA MEDICA
 Confidential / Confidencial

To better assess your health condition and its impact in the resolution of your injury or illness, please provide the following information

PLEASE ANSWER ALL QUESTIONS.		POR FAVOR, CONTESTE TODAS LAS PREGUNTAS.	
Yes/Sí	No	Yes/Sí	No
PAST MEDICAL HISTORY / ANTECEDENTES MEDICOS		PAST MEDICAL HISTORY / ANTECEDENTES MEDICOS	
	1. Allergies or hives Alérgias o urticaria		42. Chronic/Recurrent Cough/Cold Resfriado / tos crónica o recurrente
	2. Medications Medicinas		43. Asthma / Wheezing Asma o pitos (sibilancias) en el pecho
	3. Major illnesses or injuries Enfermedades/lesiones importantes		44. Emphysema or chronic bronchitis Enfisema o bronquitis crónica
	4. Hospitalizations or surgeries Hospitalizaciones o cirugías		45. Pneumonia Pneumonía o pulmonía
	5. Motor vehicle accidents Accidentes de tránsito		46. Tuberculosis Tuberculosis
	6. Blood transfusions Transfusiones de sangre		47. Coughing of Blood Tos con sangre
	7. Worked in a hazardous environment Trabajo en ambientes peligrosos		GASTROINTESTINAL TRACT
	8. Work-related injuries/illnesses Accidentes/enfermedades en el trabajo		48. Frequent Indigestion or reflux Indigestión o reflujo frecuentes
	9. Permanent disabilities Incapacidad permanente		49. Nausea or vomiting Náusea o vómitos
	FAMILY HISTORY / ANTECEDENTES FAMILIARES		50. Vomiting of Blood Vómitos con sangre
	10. Blood diseases in relatives Familiares con enfermedades de la sangre		51. Abdominal pain Dolor abdominal
	11. Cancer or leukemia in relatives Familiares con cáncer o leucemia		52. Liver disease Enfermedades del hígado
	12. Diabetes in relatives Familiares con diabetes		53. Change in Bowel Habits Cambios en hábitos intestinales
	13. Heart Disease Familiares con enfermedades del corazón		54. Frequent Constipation/Diarrhea Constipación o diarreas frecuentes
	14. High Blood Pressure Familiares con presión alta		55. Blood in stools/Black stools Heces negras o con sangre
	15. Strokes in relatives Familiares con trombosis / ataques cerebrales		56. Hemorrhoids / Rectal Disease Hemorroides o enfermedades del recto
	16. Mental illnesses in relatives Familiares con enfermedades mentales		GENITOURINARY TRACT
	SOCIAL HISTORY / ANTECEDENTES SOCIALES		57. Painful or difficult urination Dificultad o dolor al orinar
	17. Tobacco use. How much? _____ week Uso de tabaco. Cuanto? _____ semana		58. Blood in urine Sangre en la orina
	18. Alcohol use. How much? _____ week Uso de alcohol. Cuanto? _____ semana		59. Kidney infection/stones Infecciones o cálculos del riñón
	REVIEW OF SYSTEMS / REVISION DE SISTEMAS		60. Venereal Disease Enfermedades venéreas
HAVE YOU HAD OR DO YOU COMMONLY HAVE: TIENE USTED NORMALMENTE O HA TENIDO:			MUSCULOSKELETAL
	CONSTITUTIONAL		61. Joint pain or disease Enfermedades o dolor en las articulaciones
	19. Recent gain or loss of weight Ganancia o pérdida de peso reciente		63. Neck or back injury Lesiones del cuello o de la espalda
	20. Weakness, fatigue, or appetite loss Debilidad, fatiga o pérdida de apetito		64. Foot Problems Problemas en los pies
	21. Fever Fiebre		NEUROLOGICAL
	SKIN		65. Epilepsy, Convulsions Epilepsia, convulsiones, ataques
	22. Skin diseases or problems Enfermedades en la piel		66. Dizziness Mareos o vértigo
	23. Discoloration, pigmentation changes Cambios de color en la piel		67. Muscle weakness or paralysis Parálisis o debilidad muscular
	24. Cancer/Tumors or cysts Cáncer, tumores o quistes		68. Numbness in arms or legs Adormecimiento de manos o pies
	HEAD		PSYCHIATRIC PROBLEMS
	25. Frequent or severe headaches Dolores de cabeza frecuentes o severos		69. Depression Depresión
	EYES / VISION		70. Nervousness Nerviosismo
	26. Eye injury, infection or pain Lesiones, infección o dolor en los ojos		71. Mood swings Cambios del humor o del carácter
	27. Blurred, double or decreased vision Visión borrosa, doble, o disminuida		72. Sleep disturbances Trastornos del sueño
	28. Eye itching, burning or tearing Lagrimeo, picazón o quemazón en ojos		73. Alcoholism Alcoholismo
	29. Light sensitivity Sensibilidad a la luz		74. Drug abuse treatment/rehabilitation Rehabilitación por adicción a drogas
	EARS, NOSE, THROAT, MOUTH		ENDOCRINE SYSTEM
	30. Loss or decreased hearing Pérdida o disminución de la audición		75. Increased appetite Apetito exagerado
	31. Ear pain, infection, discharge Dolor, infección o secreción en oídos		76. Increased thirst Sed exagerada
	32. Nose / Sinus Problems Problemas en la nariz o en senos nasales		77. Increased urination Aumento en la frecuencia o cantidad de orina
	33. Dental/Gum Disease Enfermedades dentales o de las encías		78. Diabetes/High Blood Sugar Diabetes / Azúcar en la sangre
	34. Recurrent throat problems Problemas de garganta recurrentes		79. Hair loss Pérdida del cabello
	35. Voice Change / Hoarseness Ronquera o cambios en la voz		BLOOD DISORDERS
	CARDIOVASCULAR SYSTEM		80. Bleeding gums Sangramiento por las encías
	36. Shortness of Breath Dificultad para respirar		81. Bruising Moretones o cardenales
	37. Chest Pain or Pressure Opresión o dolor en el pecho		82. Spontaneous nose bleeding Sangramiento espontáneo por la nariz
	38. Palpitation/Pounding Heart Palpitaciones o saltos del corazón		83. Easy bleeding or hard to stop Sangramiento fácil o difícil de detener
	39. High Blood Pressure Presión sanguínea elevada		FOR WOMEN ONLY
	40. Swelling Feet/Ankles Hinchazón de pies o tobillos		84. Pregnant? Embarazada?
	41. Varicose Veins Venas varicosas		85. Date last menstrual period? Fecha última menstruación
			86. Irregular Menstruation? ¿Menstruación o períodos irregulares?
			87. Painful Menstruation ¿Menstruación o períodos dolorosos?

PLEASE WRITE THE NUMBER OF ANY YES ANSWERS AND EXPLAIN EACH ONE OF THEM IN THE SPACE BELOW.

Por favor, escriba aquí el número de las preguntas en las cuáles haya contestado que Sí y explique cada una de ellas en este espacio.

I certify that, to the best of my knowledge, the information provided above is complete and correct. Patient Signature: _____ Date: _____

COMMUNICATION

I wish to be notified about appointments by:

Email: _____
(Preference # ____)

Telephone: _____
(Preference # ____)

Mail: _____
(Preference # ____)

The following individuals are authorized to receive complete information about my diagnosis and treatment:

_____ Relationship _____ Contact # _____

_____ Relationship _____ Contact # _____

_____ Relationship _____ Contact # _____

_____ Relationship _____ Contact # _____

Patient Name: _____

Patient/Legal Representative Signature: _____

Relationship: _____

Date: _____