

San Francisco Critical Care Medical Group, Inc.

Pulmonary/ Critical Care/Sleep Disorders/Transplant Medicine
California Pacific Medical Center

Date/Dia: _____

Name/Nombre: _____

Date of Birth/Fecha de Nacimiento: _____

Primary Care Physician/Doctor Primario: _____

Reason for seeking medical attention today/Razon que viene a vernos hoy:

Pulmonary History/Historia Pulmonaria:

I have a history of / Tengo historia de:

| | |
|---|----------|
| Asthma / Asma | yes / no |
| Chronic Bronchitis/ Bronchitis Cronica | yes / no |
| COPD or Emphysema / Enfisema | yes / no |
| Pneumonia / Neumonía | yes / no |
| Tuberculosis (TB) | yes / no |
| Lung Nodule/Nodulo Pulmonar | yes / no |
| Allergic Rhinitis/ Rinitis Alérgica | yes / no |
| Venous Thrombus/ Trombo Venoso | yes / no |
| Pulmonary Embolism/ Embolia pulmonar | yes / no |
| Pulmonary Hypertension/ Hipertensión pulmonar | yes / no |
| Interstitial Lung Disease/ Enfermedad pulmonar intersticial | yes / no |
| Obstructive Sleep Apnea/Apnea Obstructiva del Sueño | yes / no |
| Sinus Disease/ Sinusitis | yes / no |

I have symptoms of / Tengo sintomas:

| | |
|--|----------|
| Shortness of Breath/ Falta de Aire | yes / no |
| Dry Cough / Tos Seca | yes / no |
| Coughing up phlegm/ Tos con flema | yes / no |
| Coughing up blood/ Tos con sangre | yes / no |
| Chest pains or tightness/ Dolores de pecho u opresión | yes / no |
| Wheezing/ Resuello | yes/ no |
| Fevers or Chills/ Fiebre o escalofríos | yes / no |
| Night Sweats / Sudores Nocturnos | yes / no |
| Weight Loss/ Pérdida de Peso | yes / no |
| Post Nasal Drip/ Goteo Nasal | yes / no |
| Heart Burn/ Acid Reflux/ Ardor de estómago / Reflujo Acido | yes / no |
| Choking on Food/ Liquid / Asfixia con alimentos / Líquido | yes / no |
| Allergies/ Hay Fever/ Alergias / Fiebre del Heno | yes / no |
| Stop breathing in my sleep/ Deja de respirar en mi sueño | yes / no |
| Gasping Arousals / Excitación en la respiración | yes / no |
| Daytime Sleepiness/ Somnolencia en el dia | yes / no |

I have smoked in the past/He fumado en el pasado yes / no
Number of years/ Número de años _____
Packs per day/ Cajas por día _____

I have worked in a job where I was exposed to/ He trabajado en un trabajo donde estuve expuesto a:

| | |
|---|----------|
| Dusts/ Polvos | yes / no |
| Pesticides/ Pesticidas | yes / no |
| Fumes/ gases/ Humos | yes / no |
| Animal products/ Productos de animal | yes / no |
| Chemicals/ Productos Químicos | yes / no |
| Plant products/ Productos de plantas | yes / no |
| Asbestos | yes / no |
| Construction Materials/Materiales de construcción | yes / no |

If yes, please explain/ Si es Si, por favor explique: _____

Any unusual hobbies/ Pasa tiempos inusuales? _____

For patients with Asthma or COPD/ Para los pacientes con Asma o COPD:

I have been hospitalized on a ventilator or breathing machine/ He estado hospitalizado en un ventilador o máquina de respiración yes / no When/Cuando? _____

I have wheezing episodes/ Tengo episodios de sibilancias yes / no

How often/ Con qué frecuencia? _____

I use oxygen at home/ Uso de oxígeno en casa yes / no

How often/ Con qué frecuencia? _____

I have a nebulizer at home/ Tengo un nebulizador en casa yes / no

I have taken Prednisone/He tomado prednisona yes /no

When last/ La última vez? _____

Triggers for wheezing include/ Los desencadenantes de sibilancias incluyen (circle all that apply/ circule todo las que apliquen)

- Tobacco smoke/ El humo del tabaco
- Strong odors/ Los olores fuertes
- Stress or anxiety/ Estrés o ansiedad
- Cold Air/ Aire frío
- Allergies/ Hay Fever/ Alergias / Fiebre del Heno
- Weather changes/ Cambios de clima
- Exercise/ Ejercicio
- Dust/ Polvo
- Animals/ Animales
- Foods/ Alimentos
- Medications/ Medicamentos
- Colds/ Respiratory Infections/ Resfriados / Infecciones Respiratorias

Exercise/ Activity Level/ Ejercicio Nivel / Actividad:

I am short of breath when/ Estoy corto de aliento cuando:

Sitting Quietly/ Sentado Tranquilamente yes / no

Doing Chores at Home/ Hacer las tareas en el hogar yes / no

Walking Briskly/ caminar rápido yes / no

I can walk/Puedo caminar _____ flat city blocks before I have to stop / planas antes de que tengo parar
I can walk/ Puedo caminar _____ flights of stairs before I have to stop / tramos de escaleras antes de que tenga que parar

Past Medical/ Surgical History/ Antecedentes Medicos/ Historia Quirúrgica (circle all that apply/ círculo lo que corresponda):

Hypertension/ Hipertensión
Kidney Failure/ Dialysis/ Insuficiencia renal/Diálisis
Diabetes/ Diabetes
Stroke/ Derrame Cerebral
Coronary Artery Disease/ Enfermedad de las Arterias Coronarias
Congestive Heart Failure/ Insuficiencia Cardíaca Congestiva
Heart Attack/ Ataque Del Corazón
Arrhythmia/ Arritmia
Liver Disease/ Enfermedad Hígado
Cancer
HIV/ AIDS/ VIH/SIDA
Other/ Otros: _____

Explain/explicar: _____

List any hospitalizations and surgeries/ Hospitalizaciones y cirugías: _____

Social History/ Historia social:

Have you had a skin test for TB/ Ha tenido una prueba para la tuberculosis? yes / no
When and what result/ Cuándo y qué resultado? _____
Family history of lung disease/ Antecedentes familiares de enfermedad pulmonar? yes / no
If yes, explain/ En caso afirmativo, explicar: _____
I currently smoke/ Actualmente fumo yes / no
Packs per day/ Cajas por day _____
I drink alcohol/ Bebo alcohol yes / no
How much, how often/ Cuánto y con qué frecuencia? _____
I have pets at home/ Tengo mascotas en casa yes / no
If yes, explain/ En caso afirmativo, explicar: _____
Any recent trave/ Viaje reciente? yes / no If yes, where/Donde: _____
I have taken diet pills in the past/ He tomado las píldoras de dieta en el pasado yes / no
If yes, what kind/ En caso afirmativo, qué tipo? _____
Where were you born/ Donde naciste? _____
When did you come to the US/ Cuándo llegó a los EE.UU.? _____
Current Occupation/ Ocupación actual _____
Prior Occupations/ Ocupaciones anteriores _____

Current Medications/ Medicamentos actuales:

Allergies to Medications/ Alergias a medicamentos:

