Coast and Aloe Medicine and Aesthetics
Professional Corporation and Adrienne N. Burrows, M.D.
200 Santa Monica Blvd. Ste 1265W, Santa Monica, CA 90404
Phone: 424.888.6298 • Fax: 424.456.3642

Patient History Form

_____ _____ / _____ / _____

Patient Name *(Nombre del Paciente)* Date of Birth *(Fecha de Nacimiento)*

List all the medication(s) you are currently taking. ***(Escriba todos los medicamentos que está tomando actualmente).***

1._____ 2. _____

3. _____ 4. _____

5. _____ 6. _____

Social History ***(Historia Social)***

Current Tobacco Use (Consumo de Tobacco ahora)

- ❏ Yes (Si) / No If yes, how many cigarettes a day? *(Cuantos cigarros al dia)?* _____
- ❏ Past User (Uso en el Pasado) Quit year *(Ano en el que paró de fumar)?* _____

Current Alcohol User (Consumo de Alcohol ahora)

- ❏ Yes (Si) / No If yes, how many drinks a day? *(Cuántos tragos al día)?* _____

Do you exercise daily? (Haces ejercicio a diario)?

- ❏ Yes (Si) / No

Past Surgical History ***(Historia Quirúrgica)***

1. _____ 2. _____

3. _____ 4. _____

5. _____ 6. _____

Coast and Aloe Medicine and Aesthetics

Professional Corporation and Adrienne N. Burrows, M.D.

200 Santa Monica Blvd. Ste 1265W, Santa Monica, CA 90404

Phone: 424.888.6298 • Fax: 424.456.3642

Past Medical History *(Historia Medica)* Please check if **you or your family** has ever had any of the following: *(Favor de indicar si **usted o un familiar** a tenido alguno de los siguientes):*

Disease *(Enfermedad)*	**Patient *(Paciente)***	**Family *(Familiar)***
Diabetes *(Diabetes)*		
Heart Disease *(Cardiopatia)*		
Lung Disease *(Enfermedad Pulmonar)*		
Thyroid *(Tiroides)*		
Kidney Disease *(Nefropatia)*		
Cancer *(Cancer)*		
Seizures *(Convulsiones)*		
Liver Disease *(Enfermedad del Hígado)*		
Stroke *(Derrame cerebral)*		
Asthma *(Asma)*		
Other *(Otro)*		

Last Mammogram *(Ultimo Mamografia)* _____ Place *(Lugar)* _____

Phone Number *(Numero de Telefono)* _____

Last Pap Smear *(Ultimo Papanicolaou)* _____ Place *(Lugar)* _____

Phone Number *(Numero de Telefono)* _____

Last Colonoscopy *(Ultimo Colonoscopia)* _____ Place *(Lugar)* _____

Phone Number *(Numero de Telefono)* _____

Coast and Aloe Medicine and Aesthetics

Professional Corporation and Adrienne N. Burrows, M.D.

200 Santa Monica Blvd. Ste 1265W, Santa Monica, CA 90404

Phone: 424.888.6298 • Fax: 424.456.3642

Pneumonia	Yes (Si) / No	Last vaccine date: _____
Flu Shot	Yes (Si) / No	Last vaccine date: _____
Covid 19	Yes (Si) / No	Last vaccine date: _____
Tetanus	Yes (Si) / No	Last vaccine date: _____
Shingles	Yes (Si) / No	Last vaccine date: _____
Other(s)	Yes (Si) / No	Last vaccine date: _____

Review of Systems *(Revisiones de Sistemas)*

Have you had any problems with any of the following within the past 3-6 months? *¿Ha tenido algún problema con alguno de los siguientes en los últimos 3-6 meses? Please circle.*

General *(General)* Change in weight *(Cambio de peso)* Fever *(Fiebre)* Fatigue *(Fatiga)* Other *(Otro)*

Eyes *(Ojos)* Glaucoma (Cataratas) Glasses (Lentes) Other *(Otro)* Other *(Otro)*

Heme / Lymph *(hemo/linfa)* Swollen Glands *(Glandulas Inflamadas)* Bleeding Problems *(Sangrado)* Anemia *(Anemia)* Other *(Otro)*

Respiratory *(Respiratorio)* Shortness of Breath *(Dificultad para respirar)* Wheezing *(Sibilancias)* Cough *(Tos)* Asthma *(Asma)* Other *(Otro)*

Neuro *(Neurologico)* Numbness *(Entumecimiento)* Headaches *(Dolor de Cabeza)* Dizziness *(Mareos)* Other *(Otro)*

Musculoskeletal *(Musculoesqueletico)* Gout *(Gota)* Arthritis *(Artritis)* Bone or Joint Pain *(Dolor de Huesos o articulaciones)*

Skin *(Piel)* Lumps or Nodules *(Bultos o Nodulos)* Rashes *(Erupciones)* Acne *(Acne)* Other *(Otro)*

Coast and Aloe Medicine and Aesthetics

Professional Corporation and Adrienne N. Burrows, M.D.

200 Santa Monica Blvd. Ste 1265W, Santa Monica, CA 90404

Phone: 424.888.6298 • Fax: 424.456.3642

ENT Trouble Swallowing *(Dificultad al tragar)* Nose Bleeds *(Sangrado de Nariz)*
Sinus Problems *(Problemas nasales)* Other *(Otro)*

Cardiac *(Cardiaco)* Irregular Heart Beat *(Arritmia)* Chest Pain *(Dolor de Pecho)*
Swelling in Legs *(Hinchazón de Piernas)* Other (Otro)

Gastrointestinal *(Gastrointestinal)* Constipation *(Estreñimiento)* Diarrhea *(Diarrea)*
Hemorrhoids *(Hemorroides)* Blood in Stool *(Sangre en las heces)* Other *(Otro)*

Psych *(Pzicoanalizar)* Depression *(Depresion)* Anxiety *(Anciedad)* Panic Attacks *(Ataque de Panico)*
Other *(Otro)*

Endocrine *(Endocrina)* Hot Flashes *(Sofocos)* Abnormally Thirsty *(Sed Abnormal)* Other *(Otro)*

Gynecology *(Ginecologia)* Breast Lump *(Nódulos en el Seno)* Menstrual Problems *(Problemas de Menstruación)*
Vaginal Bleeding *(Sangrado Vaginal)* Other *(Otro)*

Urological *(Urologica)* Problems with Urination *(Problemas con orinar)* Urine Infection *(Infección de orina)*
Sexual Problems *(Problemas Sexuales)*

Do you have any other problem you want to discuss with the Doctor? *(Tiene usted algún otro problema que quiera hablar con la dra.)?*

- ☐ Yes (Si) / No