

The Family Health Center



Ear, Nose, Throat and Allergy

Julie Munson DO, FAOCO
Tiana Stebens Bishop, PA-C
Ginnie Rincones, APRN

Name: _____ DOB _____

Provider who referred you: _____

Who is your primary care provider? _____

What town do you live in? _____

Why are you being seen today?: _____

What pharmacy do you prefer to use? _____

Past Medical History (circle ALL that apply):

- | | | | | | | |
|--------------------|---------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------|-----------|------|
| Diabetes | Heart disease | Blood pressure | Bowel disease | Cancer | Stroke | COPD |
| Asthma/Bronchitis | Allergies (seasonal/food) | High cholesterol | Eye disease | Sleep apnea | | |
| Meniere's Syndrome | Thyroid disease | Acid reflux | Pneumonia | Seizures | Accidents | |
| Infectious disease | Bleeding disorder | Head/neck/facial trauma | Hearing/speech problems | | | |

Other: _____

Past Surgical History (circle ALL that apply):

- | | | | | | | |
|------------------|----------------|----------------|-------------|--------|-----------|-------------|
| Tonsils/Adenoids | Ears | Sinus/Nose | Neck | Heart | GI System | Gallbladder |
| Appendix | Cancer removal | Biopsies | Colonoscopy | EGD | Fractures | Thyroid |
| Hysterectomy | C-section | Tubal ligation | Vasectomy | Dental | Lung | |

Other: _____

Food/Medication Allergies:

Current Medications (prescription and OTC): Specify dose if known

Social History:

Tobacco use: Past/Present/Never Cigarettes/Cigars/Smokeless/Vape Quit Date:_____

Alcohol use: Past/Present/Never/Occasionally Beer/Wine/Liquor Quit Date:_____

Other Drug use: Past/Present Type:_____ Quit Date:_____

Occupation:_____ Exposed to loud noise? Yes/No

Married/Single/Divorced/Widowed Children (how many)_____

Does anyone in the home smoke? Yes/No

Family History:

Mother (age/chronic problems):_____

Father (age/chronic problems):_____

Siblings (chronic problems):_____

Were you adopted? YES/NO

Have you experienced in the last 2 weeks? (circle ALL that apply)

hearing loss ear pain ringing in ears ear drainage ear infection dizziness

nosebleeds nasal congestion nasal drainage post nasal drainage nasal obstruction sinus infection

sore throat difficulty swallowing tonsil infection hoarseness lump in throat

bump in neck acid reflux/heartburn TMJ/dental pain allergies rash cough

asthma/bronchitis shortness of breath wheezing fever nausea/vomiting

Other:_____



The Family Health Center

Ear, Nose, Throat and Allergy

**Julie Munson DO, FAOCO
Tiana Stebens Bishop, PA-C
Ginnie Rincones, APRN**

Nombre: _____ **Fecha de nacimiento** _____

Médico que lo refirió: _____

Quién es su proveedor de cabecera? _____

En qué ciudad vive usted? _____

Cual es la razon de su visita hoy?: _____

Qué farmacia prefiere utilizar? _____

Antecedentes médicos (marque todos los que correspondan):

Diabetes Enfermedad cardiaca La presión arterial Enfermedad intestinal Cáncer Accidente
cerebrovascular EPOC

Asma/Bronquitis alergias estacionales/(alimentos) Colesterol alto Enfermedad de los ojos Apnea del
sueño

El síndrome de Meniere Enfermedad de la tiroides El reflujo ácido neumonía Convulsiones accidentes

Enfermedades infecciosas Trastorno hemorrágico Cabeza/Cuello/trauma facial Problemas de habla o audición

Otros: _____

Pasado Historia quirúrgica (círculo todas las que correspondan):

Las amígdalas o adenoides oídos Sinus/nariz Cuello corazón Sistema gastrointestinal vesícula

Apéndice extracción del cancer Las biopsias colonoscopia gastroscopia fracturas La tiroides

La histerectomía cesárea ligadura de trompas Vasectomía Odontología Pulmón

Otros: _____

Alergias a medicamentos y alimentos:

Medicamentos con o sin receta(OTC): Especifica si se conoce la dosis

La historia social:

El uso del tabaco: Pasado/Presente/nunca. Cigarrillos y cigarros/Humo/Vape Fecha en que dejo de fumar: _____

El consumo de alcohol: Pasado/Presente/nunca/ocasionalmente cerveza/vino/licor salga Fecha: _____

El uso de otras drogas: El Pasado/Presente Tipo: _____ Fecha en que dejo de fumar: _____

Ocupación: _____ expuesto a ruidos fuertes? Sí/No

Casado/Soltero/divorciados/viudos Los niños (cuántos) _____

¿Alguien en la casa fuma? Sí/No

La historia de la familia:

Madre (edad/problemas crónicos): _____

Padre (edad/problemas crónicos): _____

Hermanos (problemas crónicos): _____

Fueron aprobadas? Sí/No

¿Ha experimentado en las últimas 2 semanas? (Marque todas las que correspondan)

La pérdida de audición Dolor de oídos zumbidos en los oídos el drenaje del oído infección del oído
Mareos

Las hemorragias nasales El drenaje nasal congestión nasal El drenaje nasal posterior obstrucción
nasal infección sinusal

Dolor de garganta Dificultad para pasar la saliva/comida Infección de amígdalas Ronquera Nudo en la
garganta

Protuberancia en el cuello el reflujo ácido o la acidez Atm/dolor dental alergias tos erupción

Asma/bronquitis Falta de aliento Sibilancias Fiebre Náuseas/vómitos

Otros: _____