

Kearny County Hospital

www.KearnyCountyHospital.com

Kearny County Hospital

500 E Thorpe St.
Lakin, KS 67860
620-355-7111 (p) | 620-355-8627 (f)

Family Health Center - Lakin

506 E Thorpe St.
Lakin, KS 67860
620-355-7550 (p) | 620-355-8626 (f)

Long Term Care & Assisted Living

607 Court Place
Lakin, KS 67860
620-355-7836 (p) | 620-355-8645 (f)

Ear, Nose, Throat, and Allergy Clinic

Name: _____ Date of Birth: _____

Provider Who Referred You: _____

Who is your Primary Care Provider? _____

In what town do you live? _____

Why are we seeing you today? _____

What pharmacy do you prefer to use? _____

Past Medical History (Please Circle ALL That Apply):

Prematurity/Complications at Birth Asthma Allergies RSV Pneumonia Heart Disease
Autism Speech Delay Hearing Loss Tonsillitis Ear Infections GI Disease Cleft Palate
Accidents Head/Neck/Facial Trauma Genetic Anomalies/Down's Syndrome Reactive Airway

Other: _____

Past Surgical History (Please Circle ALL That Apply):

None Tonsils/Adenoids Ears Dental Circumcision Fractures

Other: _____

Hospitalizations (Please Include Dates, if Known):

Food/Medication Allergies:

Current Medications (Prescription and Over-the-Counter; please specify dose if known):

Social History:

Tobacco Use: Past Present Never Cigarettes Cigars Smokeless Vape Cessation Date: _____

Alcohol Use: Past Present Never Occasionally Beer Wine Liquor Cessation Date: _____

Other Drug Use: Past Present Never Type: _____ Cessation Date: _____

Occupation: _____ Are you exposed to loud noise(s)? YES NO

Married Single Divorced Widowed Do you have children? YES NO If yes, how many? _____

Does anyone in the home smoke? YES NO

Family History:

Mother (age/chronic problems):

Father (age/chronic problems):

Sibling(s) (chronic problems):

Were you adopted? YES NO

Have you experienced any of the following in the last 2 weeks? (Please 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 Tonsil Infection Hoarseness Lump in Throat Bump in Neck Rash Allergies

Acid Reflux/Heartburn TMJ/Dental Pain Asthma/Bronchitis Fever Cough Sore Throat

Shortness of Breath Difficulty Swallowing Wheezing Nausea/Vomiting

Other:

Kearny County Hospital

www.KearnyCountyHospital.com

Kearny County Hospital

500 E Thorpe St.
Lakin, KS 67860
620-355-7111 (p) | 620-355-8627 (f)

Family Health Center - Lakin

506 E Thorpe St.
Lakin, KS 67860
620-355-7550 (p) | 620-355-8626 (f)

Long Term Care & Assisted Living

607 Court Place
Lakin, KS 67860
620-355-7836 (p) | 620-355-8645 (f)

Ear, Nose, Throat, and Allergy Clinic

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Proveedor que lo refirió: _____

¿Quién es su proveedor de atención primaria?? _____

¿En qué pueblo vives? _____

¿Por qué te vemos hoy? _____

¿Qué farmacia prefieres usar? _____

Historial médico anterior (marque con un círculo TODO lo que corresponda):

Prematuridad/complicaciones al nacer Asma Alergias RSV Neumonía Enfermedad cardíaca

Autismo Retraso del habla Pérdida auditiva Amigdalitis Infecciones del oído Enfermedad gastrointestinal

Paladar hendido Accidentes Traumatismos de cabeza/cuello/ facial Anomalías genéticas/Síndrome de Down

Vías respiratorias reactivas Otro: _____

Historial quirúrgico pasado (marque con un círculo TODOS los que correspondan):

Ninguna Amígdalas/Adenoides Oídos Circuncisión Dental Fracturas

Otro: _____

Hospitalizaciones (incluya fechas, si las conoce):

Alergias a alimentos/medicamentos:

Medicamentos actuales (recetados y de venta libre; especifique la dosis si la conoce):

Historia social:

Consumo de tabaco: Pasado Presente Nunca Cigarrillos Puros Sin humo Vape
Fecha de cese: _____

Consumo de alcohol: Pasado Presente Nunca Ocasionalmente Cerveza Vino Licor
Fecha de cese: _____

Uso de otras drogas: Pasado Presente Nunca escriba: _____
Fecha de cese: _____

Ocupación: _____ ¿Está expuesto a ruidos fuertes? SÍ NO

Casado Soltero Divorciado Viudo ¿Tiene hijos? SÍ NO En caso afirmativo, ¿cuántos? _____

¿Alguien en la casa fuma? SÍ NO

Historia familiar:

Madre (edad/problemas crónicos):

Father (edad/problemas crónicos):

Hermanos(problemas crónicos):

¿Fuiste adoptado? SÍ NO

¿Ha experimentado alguno de los siguientes en las últimas 2 semanas? (Por favor circule TODO lo que corresponda):

Pérdida de audición Dolor de oído Zumbidos en los oídos Drenaje del oído Infección del oído Mareos

Sangrado nasal Congestión nasal Drenaje nasal Drenaje posnasal Obstrucción nasal

Infección de los senos nasales Infección de las amígdalas Ronquera Bulto en la garganta Bulto en el cuello

Erupción alérgica Alergias Reflujo ácido/Acidez estomacal TMJ/Dolor dental Asma/Bronquitis Fiebre

Tos Dolor de garganta Dificultad para respirar Dificultad para tragar Sibilancias Náuseas/vómitos

Otro:
