



KASAYSAYAN NG KALUSUGAN NG PASYENTE

Pangalan: _____

Araw ng Kapanganakan: _____ Petsa Ngayon: _____

PANGKALAHATANG MEDIKAL NA KASAYSAYAN – pakisuyong i-mark ang mga kondisyon na mayroon ka NGAYON o NAGKARON na sa nakaraan			
<input type="checkbox"/> Trauma sa ulo <input type="checkbox"/> Mga seizure <input type="checkbox"/> Sakit ng ulo (migraine, atbp.) <input type="checkbox"/> Delay sa development <input type="checkbox"/> Mga problema sa pagtututo <input type="checkbox"/> Problema sa paningin <input type="checkbox"/> Problema sa pandinig <input type="checkbox"/> Gastrostomy Tube <input type="checkbox"/> Problema sa sinus <input type="checkbox"/> Paghihilik <input type="checkbox"/> Sleep apnea <input type="checkbox"/> Mga problema sa ngipin <input type="checkbox"/> Nawalan ng malay <input type="checkbox"/> Mga problema sa puso <input type="checkbox"/> Murmur ng puso <input type="checkbox"/> Altapresyon <input type="checkbox"/> Mataas na kolesterol	<input type="checkbox"/> Mga problem sa baga <input type="checkbox"/> Hika <input type="checkbox"/> Tracheostomy <input type="checkbox"/> GERD o heartburn <input type="checkbox"/> Mga problema sa tiyan <input type="checkbox"/> Gastrostomy Tube <input type="checkbox"/> Mga problema sa bituka/colon <input type="checkbox"/> Dysphagia/Problema sa paglunok <input type="checkbox"/> Mga problem sa atay <input type="checkbox"/> Mga problema sa gallbladder <input type="checkbox"/> Mga problema sa pancreas <input type="checkbox"/> Mga problema sa bato <input type="checkbox"/> Mga problema sa ihi <input type="checkbox"/> Mga allergy <input type="checkbox"/> Mga karamdaman sa dugo <input type="checkbox"/> Mga problema sa lymph node	<input type="checkbox"/> Kanser <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Mga problema sa thyroid <input type="checkbox"/> Sprain, pilay o nabaling mga buto <input type="checkbox"/> ADHD/ADD <input type="checkbox"/> Problema sa musculoskeletal <input type="checkbox"/> Mga problema sa immune system <input type="checkbox"/> Sakit sa Pag-iisip: (depresyon, pagkabalisa, Bipolar Disorder, atbp.) Ipaliwanag: _____ <input type="checkbox"/> Problema sa pagkain <input type="checkbox"/> Mga pagtatangkang magpakamatay <input type="checkbox"/> Pisikal na pang-aabuso <input type="checkbox"/> Pang-aabuso sa Mental/Verbal <input type="checkbox"/> Sekswal na pang-aabuso <input type="checkbox"/> Nakaranas ng pananakot	<input type="checkbox"/> Mga problema sa ihi <input type="checkbox"/> Sakit na nakukuha sa pakikipagtalik <input type="checkbox"/> Eksema <input type="checkbox"/> Iba pang mga problema sa Balat Ipaliwanag: _____ <input type="checkbox"/> Autism Spectrum Disorder <input type="checkbox"/> Mga Nakakahawang Sakit <input type="checkbox"/> Problema sa timbang <input type="checkbox"/> Alkoholismo <input type="checkbox"/> Paggamit ng tabako <input type="checkbox"/> Abuso sa droga <input type="checkbox"/> Iba pang mga problema (i-lista):
KASAYSAYAN NG PAMILYA/I-Lista ang Kaugnayan ng Miyembro ng Pamilya sa Pasyente na may Kasaysayan ng Kondisyon			

<input type="checkbox"/> Hika _____ <input type="checkbox"/> Eksema _____ <input type="checkbox"/> Mga allergy (ipaliwanag) _____ <input type="checkbox"/> Mga Migraine _____ <input type="checkbox"/> Stroke _____ <input type="checkbox"/> Problema sa Puso/Murmur/sakit sa dugo _____ <input type="checkbox"/> Autism Spectrum Disorder _____ <input type="checkbox"/> Altapresyon _____ <input type="checkbox"/> Mataas na kolesterol _____ <input type="checkbox"/> Gout/arthritis/mga problema sa kasukasuan _____ <input type="checkbox"/> AIDS/HIV _____ <input type="checkbox"/> Sleep apnea _____ <input type="checkbox"/> Kanser (ipaliwanag): _____ 	<input type="checkbox"/> Diabetes _____ <input type="checkbox"/> Problema sa Paningin/Pandinig _____ <input type="checkbox"/> Mga problema sa atay _____ <input type="checkbox"/> ADHD/ADD _____ <input type="checkbox"/> Mga problema sa Pancreas/Gallbladder _____ <input type="checkbox"/> Mga problema sa Bato/Ihi _____ <input type="checkbox"/> Mga Problema sa Bituka/Colon _____ <input type="checkbox"/> GERD/sakit sa puso/Mga problema sa tiyan _____
---	---

MGA PAMAMARAAN/OSPITALISASYON/OPERASYON

Buwan/Taon	Operasyon/Sakit	Buwan/Taon	Operasyon/Sakit

Umiinom ka ba ng anumang mga gamot, bitamina, halamang gamot, o pandagdag sa pandiyeta? oo hindi

Kung oo, ano ito? _____

Mayroon ka bang anumang allergy sa (mga) gamot? oo hindi **Kung oo, ano ito?** _____

Anumang allergy sa (mga) pagkain? oo hindi **Kung oo, ano ito?** _____

Mayroon ka bang anumang mga allergy sa kapaligiran? oo hindi **Kung oo, ano ito?** _____

(MGA KABABAIHAN LAMANG na may edad 11 at mas matanda)

Ang edad ng regla ay nagsimula: _____ Bilang ng mga araw sa pagitan ng iyong mga regla: _____ Huling regla? _____ Ilang araw ang daloy: _____ Masakit ba ang regla mo? <input type="checkbox"/> oo <input type="checkbox"/> hindi	Gumagamit ka ba ng Birth Control? <input type="checkbox"/> oo <input type="checkbox"/> hindi Uri ng Birth Control: <input type="checkbox"/> Mga pill <input type="checkbox"/> IUD <input type="checkbox"/> Implant <input type="checkbox"/> Depo iniksiyon
---	--

KASAYSAYAN NG PANLIPUNAN (edad 11 yrs at mas matanda)

Alak? <input type="checkbox"/> oo <input type="checkbox"/> hindi Kung oo, ilang inumin kada linggo: _____ Paninigarilyo/Tabako? <input type="checkbox"/> oo <input type="checkbox"/> hindi Kung oo, ilang pack kada araw: _____ Kada taon: _____	Kasaysayan ng Pag-abuso sa Ipinagbabawal na Droga? <input type="checkbox"/> oo <input type="checkbox"/> hindi Kung oo, anong uri (mga) gamot: _____ Dalas: _____ Araw-araw na paginom ng caffeine (kape, tsaa, soda)? <input type="checkbox"/> oo <input type="checkbox"/> hindi _____
--	--

<p>Walang Usok na Tabako? <input type="checkbox"/> oo <input type="checkbox"/> hindi Dalas? _____</p> <p>E-Cigarette/Vape? <input type="checkbox"/> oo <input type="checkbox"/> hindi Dalas? _____</p> <p>Pagkalantad sa Second-hand Smoke? <input type="checkbox"/> oo <input type="checkbox"/> hindi</p>	<p>Pag-ehersisyo? <input type="checkbox"/> oo <input type="checkbox"/> hindi Dalas: _____</p>
<p>Nag-iisa ka lang sa bahay o may kasama kang iba? _____</p> <p>Pakiramdam mo ba ay ligtas ka sa bahay? <input type="checkbox"/> oo <input type="checkbox"/> hindi Kung hindi, pakisuyong ipaliwanag: _____</p>	



KASAYSAYAN NG KALUSUGAN NG PASYENTE

Pangalan: _____

Araw ng Kapanganakan: _____ Petsa Ngayon: _____

KASAYSAYAN NG PREVENTATIVE CARE	
	PETSA
Kailan ang huli mong iniksiyon sa Flu?	
Huling Dental Exam?	
Kailan ang iyong Huling Physical Exam?	
Mayroon ka bang ibang kasalukuyang espesyalista na tumitingin sa iyo? Kung oo, ano ang pangalan ng espesyalidad?	



KASAYSAYAN NG KALUSUGAN NG PASYENTE

Pangalan: _____

Araw ng Kapanganakan: _____ Petsa Ngayon: _____