

Well Care Ob & Gyn PC
Ruchi Agarwal, MD

303 2ND Avenue, Suite 9
New York, NY 10003
Phone 212 777 4300

1749 Grand Concourse, Suite A
Bronx, NY 10453
Phone 718 294 4300

Fax 917 534 0400

1. Last Name *Apellido* _____ First Name *Nombre* _____
Age *Edad* _____ Date of Birth *Fecha de Nacimiento* _____

2. Reason for coming to this clinic
La razon por la cual usted ha venido a esta clinica:

3. How many children do you have ?
Cuantos hijos tiene?

Their date of birth <i>Fecha de nacimiento</i>	Birth weight <i>Peso</i>	Boy/girl <i>Nino/Nina</i>	Complications <i>Complicaciones</i>
#1 _____	_____	_____	_____
#2 _____	_____	_____	_____
#3 _____	_____	_____	_____
#4 _____	_____	_____	_____
#5 _____	_____	_____	_____

4. Have you ever had an miscarriage or an abortion ? *Ha tenido una perdida o un aborto ?* _____ How Many *Cuantos?*

5. What kind of birth control do you use ?
Que tipo de anticonceptivo utiliza? _____

How long have you been using it?
Cuanto tiempo ha estado usando este anticonceptivo?

6. When did your last period start ? Date: *Cual es la fecha de su ultima menstruacion?* _____ When did it end? *En que fecha se termino?* _____

7. Are you allergic to any medication? Which ?
Tiene alergias contra algunas medicinas _____ Cuales? _____

8. Have you ever had any surgery ? explain (Type , Dates):
Ha sido usted operado? Explique (Tipo de operacion , fecha):

9. Have you ever been told you have high blood pressure / alta presion:
Ajguna vez a sido usted informado Heart problem / problemas del Corazon
De que sufre de: Diabetes / diabetis
Asthma/asma
Seizures /convulsions
Thyroid prob /enfermedades de la tiroides
Cancer/cancer
Other Medical Problem/ otro problemas;

Explain :/Explica

10. Do you Smoke? How many cigarettes each day :
Fuma? Cuantos cigarillos al dia?

Do you drink any alcohol? Do you use any illegal drugs?
Bebe alcohol? _____ utiliza drogas?

11. What kind of medications do you regularly take ? Dose
Que tipo de medicamentos toma regularmente? Dosis:

12. Does any one in your family have Who :
Hay personas en su familia que tienen: quien:
Diabetes/Diabetis
High blood pressure/Alta Tension
Breast cancer / Cancer de seno
Ovarian Cancer/ Cancer de los ovaries
Other serious problems/ otros problemas serios

Explain/Explique _____