



PATIENT IDENTIFICATION (Please Print)   <i>Identificación del Paciente (Por Favor Imprimir)</i>	
Patient's Name (Please Print) <i>Nombre del Paciente (Por Favor Imprimir)</i>	Parent/Legal Guardian Name (Please Print) <i>Nombre del Padre/Tutor Legal</i>

HEALTH HISTORY QUESTIONNAIRE   <i>Cuestionario de Historia de Salud</i>
<p>Your answers on this form will help your health care provider better understand your medical concerns and conditions. If you cannot remember specific details, please approximate. Add any notes you think are important. If you are uncomfortable with any question, do not answer it. All questions contained in this questionnaire are optional and will be kept strictly confidential. <i>Sus respuestas en este formulario ayudarán a su proveedor de atención médica a comprender mejor sus inquietudes y condiciones médicas. Si no puede recordar detalles específicos, por favor aproximar. Agregue cualquier nota que considere importante. Si no se siente cómodo con alguna pregunta, no la responda. Todas las preguntas contenidas en este cuestionario son opcionales y se mantendrán estrictamente confidenciales.</i></p>

TODAY'S VISIT   <i>Visita de Hoy</i>	
Primary Reason for Today's Visit <i>Motivo Principal de la Visita de Hoy</i>	Other Concerns <i>Otras Preocupaciones</i>

ALLERGIES   <i>Alergias</i>							
Please list anything the patient is allergic to (including medications, food, bee stings, etc.) and reaction to each allergen: <i>Enumere cualquier cosa a la que el paciente sea alérgico (incluidos medicamentos, alimentos, picaduras de abejas, etc.) y la reacción a cada alérgeno:</i>							
Allergy <i>Alergia</i>	Reaction Symptoms <i>Síntomas de Reacción</i>	Severity of Reaction <i>Severidad de Reacción</i>					Date of Onset <i>Fecha de Inicio</i>
		Mild <i>Templado</i>	Mild/Moderate <i>Leve/Moderado</i>	Moderate <i>Moderar</i>	Moderate/Severe <i>Moderado/Severo</i>	Severe <i>Grave</i>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

MEDICATIONS   <i>Medicamentos</i>		
Please list all the medications the patient is taking. Include prescribed drugs and over-the-counter drugs (such as vitamins and inhalers): <i>Enumere todos los medicamentos que toma el paciente. Incluya medicamentos recetados y medicamentos de venta libre (como vitaminas e inhaladores):</i>		
Drug Name <i>Nombre del Medicamento</i>	Strength <i>Fuerza</i>	Frequency Taken <i>Frecuencia Tomada</i>

IMMUNIZATION HISTORY   <i>Historial de Vacunas</i>	
Are the patient's immunizations up to date? <i>¿Están actualizadas las vacunas del paciente?</i>	<input type="checkbox"/> Yes <i>Si</i> <input type="checkbox"/> No <i>No</i>

FAMILY MEDICAL HISTORY   <i>Historial Médico Familiar</i>									
Please check all that apply: <i>Por favor marque todos los que apliquen:</i>									
	PARENTS <i>Madre/Padre</i>		MATERNAL <i>Materna(o)</i>		PATERNAL <i>Paternal</i>		SIBLINGS <i>Hermanas(o)s</i>		
	Mother <i>Madre</i>	Father <i>Padre</i>	Grandmother <i>Abuela</i>	Grandfather <i>Abuelo</i>	Grandmother <i>Abuela</i>	Grandfather <i>Abuelo</i>	Sibling <i>Hermana(o)</i>	Sibling <i>Hermana(o)</i>	Sibling <i>Hermana(o)</i>
Autoimmune Disease <i>Enfermedad Autoinmune</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cancer <i>Cáncer</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes <i>Diabetes</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**FAMILY MEDICAL HISTORY (Continued) | Historial Médico Familiar (Continuado)**

Please check all that apply: *Por favor marque todos los que apliquen:*

	PARENTS <i>Madre/Padre</i>		MATERNAL <i>Materna(o)</i>		PATERNAL <i>Paternal</i>		SIBLINGS <i>Hermanas(os)</i>		
	Mother <i>Madre</i>	Father <i>Padre</i>	Grandmother <i>Abuela</i>	Grandfather <i>Abuelo</i>	Grandmother <i>Abuela</i>	Grandfather <i>Abuelo</i>	Sibling <i>Hermana(o)</i>	Sibling <i>Hermana(o)</i>	Sibling <i>Hermana(o)</i>
<b>Genetic Disease</b> <i>Enfermedad Genética</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Heart Disease</b> <i>Enfermedad del Corazón</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>High Cholesterol</b> <i>Colesterol Alto</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Hypertension</b> <i>Hipertensión</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Mental Disorder</b> <i>Trastorno Mental</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Substance Abuse</b> <i>Abuso de Sustancias</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Thyroid Disorder</b> <i>Trastorno de la Tiroides</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Other</b> <i>Otro</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Please provide any further details regarding any medical issues identified above: *Proporcione más detalles sobre cualquier problema médico identificado anteriormente:*

**SUBSTANCE USE HISTORY | Historial de Consumo de Tabaco/Nicotina**

Please check all that apply: *Por favor marque todos los que apliquen:*

<b>Smokeless Tobacco:</b> <i>Tabaco Sin Humo:</i>	<input type="checkbox"/> <b>Never Used</b> <i>Nunca Usado</i>	<input type="checkbox"/> <b>Former User</b> <i>Usuario Anterior</i>	<input type="checkbox"/> <b>Snuff User</b> <i>Usuario de Rapé</i>	<input type="checkbox"/> <b>Chew Tobacco</b> <i>Tabaco de Mascar</i>	<input type="checkbox"/> <b>Tobacco Powder</b> <i>Polvo de tabaco</i>	<input type="checkbox"/> <b>Other</b> <i>Otro:</i>
<b>Tobacco Smoking:</b> <i>Fumar Tabaco:</i>	<input type="checkbox"/> <b>Never Smoked</b> <i>Nunca Fumé</i>	<input type="checkbox"/> <b>Former Smoker</b> <i>Ex Fumador</i>	<input type="checkbox"/> <b>Smoke Daily</b> <i>Fumar Diariamente</i>	<input type="checkbox"/> <b>Smoke Some Days</b> <i>Fumar Algunos Días</i>		
<b>Smoking Quantity:</b> <i>Cantidad de Fumar:</i>	<input type="checkbox"/> <b>1 Pack/Week</b> <i>1 Paquete/Semana</i>	<input type="checkbox"/> <b>2 Packs/Week</b> <i>2 Paquetes/Semana</i>	<input type="checkbox"/> <b>¼ Pack/Day</b> <i>¼ Paquete/Día</i>	<input type="checkbox"/> <b>½ Pack/Day</b> <i>½ Paquete/Día</i>	<input type="checkbox"/> <b>1 Pack/Day</b> <i>1 Paquete/Día</i>	<input type="checkbox"/> <b>Other</b> <i>Otro:</i>
<b>Years of Tobacco Use:</b> <i>Años de Consumo de Tabaco:</i>	<input type="checkbox"/> <b>Less than 1</b> <i>Menos que 1</i>	<input type="checkbox"/> <b>1 – 2 Years</b> <i>1-2 Años</i>	<input type="checkbox"/> <b>3 – 5 Years</b> <i>3-5 Años</i>	<input type="checkbox"/> <b>5 – 10 Years</b> <i>3-5 Años</i>	<input type="checkbox"/> <b>10 – 15 Years</b> <i>3-5 Años</i>	<input type="checkbox"/> <b>Over 15 years</b> <i>Más de 15 años</i>
<b>E-Cigarette/Vape Use:</b> <i>Cigarrillo Electrónico/Usado de Vape:</i>	<input type="checkbox"/> <b>Never Used</b> <i>Nunca Usado</i>	<input type="checkbox"/> <b>Former User</b> <i>Usuario Anterior</i>	<input type="checkbox"/> <b>Current User</b> <i>Usuario Actual</i>			
<b>Age Began Use of Tobacco:</b> <i>La Edad Comenzó a Consumir Tabaco:</i>				<b>Passive Smoke Exposure:</b> <i>Exposición pasiva al humo:</i>	<input type="checkbox"/> <b>Yes</b> <i>Si</i> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <i>No</i>	
<b>Time Since Last Cigarette Use:</b> <i>Tiempo Desde el Último Uso de Cigarrillos:</i>						
<b>Alcohol Use:</b> <i>Uso de Alcohol:</i>	<input type="checkbox"/> <b>None</b> <i>Ninguno</i>	<input type="checkbox"/> <b>Occasional</b> <i>Ocasional</i>	<input type="checkbox"/> <b>Moderate</b> <i>Moderar</i>	<input type="checkbox"/> <b>Heavy</b> <i>Pesado</i>	<b>Years Used:</b> <i>Años de Uso:</i>	
<b>Caffeine Use:</b> <i>Uso de Cafeína:</i>	<input type="checkbox"/> <b>None</b> <i>Ninguno</i>	<input type="checkbox"/> <b>Occasional</b> <i>Ocasional</i>	<input type="checkbox"/> <b>Moderate</b> <i>Moderar</i>	<input type="checkbox"/> <b>Heavy</b> <i>Pesado</i>		
<b>Illicit Drugs Use:</b> <i>Uso de drogas Implícitas:</i>	<input type="checkbox"/> <b>None</b> <i>Ninguno</i>	<input type="checkbox"/> <b>Occasional</b> <i>Ocasional</i>	<input type="checkbox"/> <b>Moderate</b> <i>Moderar</i>	<input type="checkbox"/> <b>Heavy</b> <i>Pesado</i>	<b>Years Used:</b> <i>Años de Uso:</i>	
<b>Illicit Drugs Taken/Taking:</b> <i>Drogas Implícitas Tomadas/Tomando:</i>						

**SOCIAL HISTORY** | *Historia Social*

Please check all that apply: *Por favor marque todos los que apliquen:*

Does the patient have a special diet? <i>¿Tiene el paciente una dieta especial?</i>	<input type="checkbox"/> Yes <i>Si</i>	<input type="checkbox"/> No <i>No</i>	If yes, what type? <i>En caso afirmativo, ¿de qué tipo?</i>
Does the patient exercise? <i>¿El paciente hace ejercicio?</i>	<input type="checkbox"/> Yes <i>Si</i>	<input type="checkbox"/> No <i>No</i>	If yes, how much? <i>Si es así, ¿cuánto?</i>
Is the patient sexually active? <i>¿Es el paciente sexualmente activo?</i>	<input type="checkbox"/> Yes <i>Si</i>	<input type="checkbox"/> No <i>No</i>	If yes, how many partners? <i>En caso afirmativo, ¿cuántos socios?</i>
Does the patient use birth control? <i>¿La paciente usa anticonceptivos?</i>	<input type="checkbox"/> Yes <i>Si</i>	<input type="checkbox"/> No <i>No</i>	If yes, which one(s)? <i>En caso afirmativo, ¿cuál (es)?</i>
Has the patient had STI/STDs? <i>¿Ha tenido el paciente ITS/ETS?</i>	<input type="checkbox"/> Yes <i>Si</i>	<input type="checkbox"/> No <i>No</i>	If yes, which one(s)? <i>En caso afirmativo, ¿cuál (es)?</i>
Do you want a STI/STD screen? <i>¿Quieres una pantalla STI / STD?</i>	<input type="checkbox"/> Yes <i>Si</i>	<input type="checkbox"/> No <i>No</i>	

Patient's sexual orientation: <i>Orientación sexual del paciente:</i>	<input type="checkbox"/> Heterosexual <i>Heterosexual</i>	<input type="checkbox"/> Homosexual <i>Homosexual</i>	<input type="checkbox"/> Bisexual <i>Bisexual</i>	<input type="checkbox"/> Other: <i>Otro</i>		
Patient's gender identity: <i>Identidad de género del paciente:</i>	<input type="checkbox"/> Male <i>Masculino</i>	<input type="checkbox"/> Female <i>Hembra</i>	<input type="checkbox"/> Female to Male <i>Mujer a Hombre</i>	<input type="checkbox"/> Male to Female <i>Hombre a Mujer</i>	<input type="checkbox"/> Non-conforming <i>No Conforme</i>	<input type="checkbox"/> Other: <i>Otro</i>

Are guns present in the home? <i>¿Hay armas presentes en el hogar?</i>	<input type="checkbox"/> Yes <i>Si</i>	<input type="checkbox"/> No <i>No</i>	Use seat belt/car seat? <i>¿Usar cinturón de seguridad/asiento de automóvil?</i>	<input type="checkbox"/> Yes <i>Si</i>	<input type="checkbox"/> No <i>No</i>
Does the patient use a bike helmet? <i>¿El paciente usa un casco de bicicleta?</i>	<input type="checkbox"/> Yes <i>Si</i>	<input type="checkbox"/> No <i>No</i>	Are CO/smoke detectors in the home? <i>¿Hay detectores de CO/humo en el hogar?</i>	<input type="checkbox"/> Yes <i>Si</i>	<input type="checkbox"/> No <i>No</i>
Does the patient use sunscreen? <i>¿El paciente usa protector solar?</i>	<input type="checkbox"/> Yes <i>Si</i>	<input type="checkbox"/> No <i>No</i>	Does the patient use insect repellent? <i>¿El paciente usa repelente de insectos?</i>	<input type="checkbox"/> Yes <i>Si</i>	<input type="checkbox"/> No <i>No</i>
Is the patient able to swim? <i>¿El paciente puede nadar?</i>	<input type="checkbox"/> Yes <i>Si</i>	<input type="checkbox"/> No <i>No</i>	Does the patient bully/suffer from bullying? <i>¿El paciente intimidado/sufre de intimidación?</i>	<input type="checkbox"/> Yes <i>Si</i>	<input type="checkbox"/> No <i>No</i>
Is the home water source fluorinated? <i>¿La fuente de agua del hogar es fluorada?</i>	<input type="checkbox"/> Yes <i>Si</i>	<input type="checkbox"/> No <i>No</i>			

Patient's home situation: <i>Situación del hogar del paciente:</i>	<input type="checkbox"/> Both Parents <i>Ambos Padres</i>	<input type="checkbox"/> Mother <i>Madre</i>	<input type="checkbox"/> Father <i>Padre</i>	<input type="checkbox"/> Relatives <i>Parientes</i>	<input type="checkbox"/> Adopted <i>Adoptada(o)</i>	<input type="checkbox"/> Foster Home <i>Casa Cuna</i>
Patient's living environment: <i>Ambiente de vida del paciente:</i>	<input type="checkbox"/> House <i>Casa</i>	<input type="checkbox"/> Apartment <i>Departamento</i>	<input type="checkbox"/> Mobile Home <i>Casa Móvil</i>	<input type="checkbox"/> Condo <i>Condominio</i>	<input type="checkbox"/> Other: <i>Otro</i>	
Parent's marital status: <i>Estado civil de los padres:</i>	<input type="checkbox"/> Married <i>Casada(o)</i>	<input type="checkbox"/> Unmarried <i>Soltera(o)</i>	<input type="checkbox"/> Separated <i>Apartada(o)</i>	<input type="checkbox"/> Divorced <i>Divorciada(o)</i>	<input type="checkbox"/> Widowed <i>Viuda(o)</i>	
Does the patient have siblings? <i>¿El paciente tiene hermanos?</i>						
Childcare: <i>Cuidado de niños:</i>	<input type="checkbox"/> None <i>Ninguna(o)</i>	<input type="checkbox"/> Relative <i>Relativa(o)</i>	<input type="checkbox"/> Private Sitter <i>Sitter Privado</i>	<input type="checkbox"/> Daycare/School <i>Guardería/Escuela</i>	<input type="checkbox"/> Other: <i>Otro</i>	

Education level completed: <i>Nivel educativo completado:</i>	<input type="checkbox"/> Elementary <i>Elemental</i>	<input type="checkbox"/> Middle School <i>Escuela Intermedia</i>	<input type="checkbox"/> High School <i>Escuela Secundaria</i>	<input type="checkbox"/> 2 Year College <i>Colegio de 2 Años</i>	<input type="checkbox"/> 4 Year College <i>Colegio de 4 Años</i>	<input type="checkbox"/> Post-Grad <i>Postgrado</i>
School grades/report cards: <i>Calificaciones escolares:</i>	<input type="checkbox"/> Excellent <i>Excelente</i>	<input type="checkbox"/> Good <i>Buena(o)</i>	<input type="checkbox"/> Average <i>Promedio</i>	<input type="checkbox"/> Poor <i>Pobre</i>		

Patient's hobbies: <i>Pasatiempos del paciente:</i>						
Patient's sporting activities: <i>Actividades deportivas del paciente:</i>						

Does the patient use social media? <i>¿Utiliza el paciente las redes sociales?</i>	<input type="checkbox"/> Yes <i>Si</i>	<input type="checkbox"/> No <i>No</i>	Is the family making ends meet? <i>¿La familia está llegando a fin de mes?</i>	<input type="checkbox"/> Yes <i>Si</i>	<input type="checkbox"/> No <i>No</i>
Recent family/social situation changes? <i>¿Cambios familiares/sociales recientes?</i>	<input type="checkbox"/> Yes <i>Si</i>	<input type="checkbox"/> No <i>No</i>	Do you face transportation difficulties? <i>¿Enfrenta dificultades de transporte?</i>	<input type="checkbox"/> Yes <i>Si</i>	<input type="checkbox"/> No <i>No</i>
What is your relationship to the patient? <i>¿Cuál es su relación con el paciente?</i>			Does the patient travel internationally? <i>¿El paciente viaja internacionalmente?</i>	<input type="checkbox"/> Yes <i>Si</i>	<input type="checkbox"/> No <i>No</i>

Please provide any further details regarding any medical issues identified above: *Proporcione más detalles sobre cualquier problema médico identificado anteriormente:*

**SURGICAL & MEDICAL DEVICE IMPLANT HISTORY** | *Historia de Implantes de Dispositivos Médicos y Quirúrgicos*Please provide the history of surgeries or medical device implants: *Proporcione el historial de cirugías o implantes de dispositivos médicos:*

Surgery/Device Implant <i>Cirugía o Implante</i>	Reason <i>Razón</i>	Hospital <i>Hospital</i>	Year <i>Año</i>

**MEDICAL HISTORY** | *Historial Médico*Please check all that apply: *Por favor marque todos los que apliquen:*

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> <b>ADD or ADHD</b><br><i>AGREGAR o ADHD</i>   | <input type="checkbox"/> <b>Genital Problems</b><br><i>Problemas Genitales</i>  |
| <input type="checkbox"/> <b>AIDS/HIV</b><br><i>SIDA/VIH</i>  | <input type="checkbox"/> <b>Gestational Diabetes</b><br><i>Diabetes Gestacional</i>   |
| <input type="checkbox"/> <b>Abnormal Pap Smear</b><br><i>Frotis de Papanicolaou Anormal</i>  | <input type="checkbox"/> <b>Head Injury or Concussion</b><br><i>Lesión en la Cabeza o Conmoción Cerebral</i>  |
| <input type="checkbox"/> <b>Abuse/Domestic Violence/Trauma</b><br><i>Abuso/Violencia Doméstica/Trauma</i>  | <input type="checkbox"/> <b>Heart Problems</b><br><i>Problemas del Corazón</i>  |
| <input type="checkbox"/> <b>Acid Reflux (GERD)</b><br><i>Reflujo Ácido (ERGE)</i>  | <input type="checkbox"/> <b>Hematologic Disorders (for example: Thrombophilias)</b><br><i>Trastornos Hematológicos (por ejemplo: Trombofilias)</i>  |
| <input type="checkbox"/> <b>Anemia</b><br><i>Anemia</i>  | <input type="checkbox"/> <b>Hepatitis or Liver Disease</b><br><i>Hepatitis o Enfermedad Hepática</i>  |
| <input type="checkbox"/> <b>Anxiety Disorder</b><br><i>Trastorno de Ansiedad</i>   | <input type="checkbox"/> <b>High Cholesterol</b><br><i>Colesterol Alto</i>  |
| <input type="checkbox"/> <b>Autism Spectrum Disorder (ASD)</b><br><i>Trastorno del Espectro Autista (TEA)</i>  | <input type="checkbox"/> <b>History of STI (Sexually Transmitted Infection)</b><br><i>Historia de ITS (Infección de Transmisión Sexual)</i>   |
| <input type="checkbox"/> <b>Autoimmune Disease (for example: Lupus, Rheumatoid Arthritis, Other)</b><br><i>Enfermedad Autoinmune (por ejemplo: Lupus, Artritis Reumatoide, Otros)</i>                          | <input type="checkbox"/> <b>Hospitalization(s) - Within the Last Year</b><br><i>Hospitalización(es) - Dentro del Último Año</i>   |
| <input type="checkbox"/> <b>Bedwetting</b><br><i>Enuresis</i>  | <input type="checkbox"/> <b>Hypertension (High Blood Pressure)</b><br><i>Hipertensión (Presión Arterial Alta)</i>   |
| <input type="checkbox"/> <b>Bipolar</b><br><i>Bipolar</i>  | <input type="checkbox"/> <b>Kidney Disease</b><br><i>Enfermedad del Riñón</i>   |
| <input type="checkbox"/> <b>Birth Defects or Inherited Disease</b><br><i>Defectos de Nacimiento o Enfermedades Hereditarias</i>  | <input type="checkbox"/> <b>Learning Disorder</b><br><i>Desorden de Aprendizaje</i>   |
| <input type="checkbox"/> <b>Bladder or Kidney Problems</b><br><i>Problemas de Vejiga o Riñón</i>   | <input type="checkbox"/> <b>Muscle, Joint or Bone Problems</b><br><i>Problemas Musculares, Articulares o Óseos</i>  |
| <input type="checkbox"/> <b>Bleeding Disorder</b><br><i>Desorden Sangrante</i>   | <input type="checkbox"/> <b>Nervous System Disorder</b><br><i>Trastorno del Sistema Nervioso</i>  |
| <input type="checkbox"/> <b>Blood Clots (for example: DVT, Pulmonary Embolism)</b><br><i>Coágulos de sangre (por ejemplo: TVP, embolia pulmonar)</i>   | <input type="checkbox"/> <b>Neurologic (for example: Migraine, Seizures, Epilepsy, Parkinson's)</b><br><i>Neurológico (por ejemplo: Migraña, Convulsiones, Epilepsia, Parkinson)</i>              |
| <input type="checkbox"/> <b>Breast Problem</b><br><i>Problema de Mama</i>  | <input type="checkbox"/> <b>Nose/Throat Problems (Seasonal Allergies, Chronic Sinus Infections)</b><br><i>Problemas de Nariz/Garganta (Alergias Estacionales, Infecciones Sinusales Crónicas)</i> |
| <input type="checkbox"/> <b>Cancer</b><br><i>Cáncer</i>  | <input type="checkbox"/> <b>Pre-Eclampsia</b><br><i>Preeclampsia</i>  |
| <input type="checkbox"/> <b>Chicken Pox</b><br><i>Varicela</i>   | <input type="checkbox"/> <b>Psychiatric or Mental Health Condition (Schizophrenia, Eating Disorder)</b><br><i>Condición Psiquiátrica o de Salud Mental (por ejemplo: Esquizofrenia)</i>           |
| <input type="checkbox"/> <b>Congenital Anomalies</b><br><i>Anomalías Congénitas</i>  | <input type="checkbox"/> <b>Pulmonary Issues (for example: Tuberculosis, Cystic Fibrosis)</b><br><i>Problemas Pulmonares (por ejemplo: Tuberculosis, Fibrosis Quística)</i>                       |
| <input type="checkbox"/> <b>Developmental or Behavioral Disorders</b><br><i>Trastornos del Comportamiento o del Desarrollo</i>   | <input type="checkbox"/> <b>Skin Problems (for example: Acne, Eczema)</b><br><i>Problemas de la Piel (por ejemplo: Acné, Eccema)</i>  |
| <input type="checkbox"/> <b>Diabetes</b><br><i>Diabetes</i>  | <input type="checkbox"/> <b>Spine Disorder (for example: Scoliosis)</b><br><i>Trastorno de la Columna Vertebral (por ejemplo: Escoliosis)</i>   |
| <input type="checkbox"/> <b>Ear or Hearing Problems (Chronic Ear Infections, Hearing Loss, Meniere's)</b><br><i>Problemas de Oído o Audición (Infecciones Crónicas del Oído, Pérdida de Audición, Meniere)</i> | <input type="checkbox"/> <b>Thyroid Disease</b><br><i>Enfermedad de Tiroides</i>  |
| <input type="checkbox"/> <b>GI/Gastrointestinal Problems (for example: Constipation)</b><br><i>Problemas Gastrointestinales (por ejemplo: Estreñimiento)</i>   | <input type="checkbox"/> <b>Tourette Syndrome</b><br><i>Síndrome de Tourette</i>  |
| <input type="checkbox"/> <b>GI/Gastrointestinal Problems (Gastric Ulcer, Hiatal Hernia)</b><br><i>Problemas Gastrointestinales (Úlcera Gástrica, Hernia de Hiato)</i>  | <input type="checkbox"/> <b>Vision or Eye Problems</b><br><i>Problemas de Visión u Ojos</i>   |
| <input type="checkbox"/> <b>GYN Problems (for example: PCOS, Endometriosis)</b><br><i>Problemas de ginecología (por ejemplo: PCOS, Endometriosis)</i>  | <input type="checkbox"/> <b>Other</b><br><i>Otro: _____</i>   |

<b>PRENATAL HISTORY</b>   <i>Historia Quirúrgica</i>	
<b>Please check all that apply:</b> <i>Proporcione información sobre su actividad sexual:</i>	
<input type="checkbox"/> <b>Abnormal Alpha-Fetoprotein (AFP)</b> <i>Alfa-Fetoproteína Anormal (AFP)</i>	<input type="checkbox"/> <b>Hepatitis</b> <i>Hepatitis</i>
<input type="checkbox"/> <b>Abnormal Ultrasound</b> <i>Ultrasonido Anormal</i>	<input type="checkbox"/> <b>Herpes</b> <i>Herpes</i>
<input type="checkbox"/> <b>Bleeding</b> <i>Sangrante</i>	<input type="checkbox"/> <b>Infections</b> <i>Infecciones</i>
<input type="checkbox"/> <b>Gestational Diabetes</b> <i>Diabetes Gestacional</i>	<input type="checkbox"/> <b>Multiple Gestation</b> <i>Gestación Múltiple</i>
<input type="checkbox"/> <b>Growth Delay</b> <i>Retraso de Crecimiento</i>	<input type="checkbox"/> <b>Pregnancy Medications</b> <i>Medicamentos Para el Embarazo</i>
<input type="checkbox"/> <b>HIV</b> <i>VIH</i>	<input type="checkbox"/> <b>Other</b> <i>Otro</i>

<b>BIRTH HISTORY</b>   <i>Historia Quirúrgica</i>	
<b>Please provide the following birth history:</b> <i>Por favor proporcione el siguiente historial de nacimiento:</i>	
<b>Birth Hospital:</b> <i>Hospital de Nacimiento:</i>	
<b>Birth Weight:</b> <i>Peso de Nacimiento:</i>	<b>APGAR Score:</b> <i>Puntaje de APGAR:</i>
<b>Discharge Weight:</b> <i>Peso de Descarga:</i>	<b>Bilirubin Level:</b> <i>Nivel de Bilirrubina:</i>
<b>Blood Type:</b> <i>Tipo de Sangre:</i>	<b>Gestational Age:</b> <i>Edad Gestacional:</i>

<b>Please describe any issues encountered during delivery:</b> <i>Describe cualquier problema encontrado durante la entrega::</i>	
<input type="checkbox"/> <b>Breech Presentation:</b> <i>La Presentación de Nalgas</i>	<input type="checkbox"/> <b>Vacuum</b> <i>Vacío</i>
<input type="checkbox"/> <b>C-Section</b> <i>Cesárea</i>	<input type="checkbox"/> <b>Vaginal Delivery</b> <i>Parto Vaginal</i>
<input type="checkbox"/> <b>VBAC Delivery</b> <i>Hepatitis</i>	

<b>Please describe any other birth issues:</b> <i>Por favor describa cualquier otro problema de nacimiento:</i>	
<input type="checkbox"/> <b>Breathing Problems</b> <i>Problemas Respiratorios</i>	<input type="checkbox"/> <b>Jaundice</b> <i>Ictericia</i>
<input type="checkbox"/> <b>Congenital Heart Defect Screen</b> <i>Pantalla de Defecto Cardíaco Congénito</i>	<input type="checkbox"/> <b>Maternal Infections</b> <i>Infecciones Maternas</i>
<input type="checkbox"/> <b>Fetal Distress</b> <i>Sufrimiento Fetal</i>	<input type="checkbox"/> <b>NICU Admit</b> <i>Hepatitis</i>
<input type="checkbox"/> <b>Hearing Screen</b> <i>Pantalla de Audición</i>	<input type="checkbox"/> <b>Premature Rupture of Membranes</b> <i>Ruptura Prematura de Membranas</i>
<input type="checkbox"/> <b>Infection</b> <i>Infección</i>	<input type="checkbox"/> <b>Preterm Labor</b> <i>Trabajo Prematuro</i>
<input type="checkbox"/> <b>Intubation</b> <i>Intubación</i>	<input type="checkbox"/> <b>Scalp Bruise</b> <i>Contusión en el Cuero Cabelludo</i>

<b>AUTHORIZATION SIGNATURE</b>   <i>Firma de Autorización</i>
I have read and understand the content of this document and hereby agree to inform Georgia Mountains Health of any changes to the information. I understand that I may request restrictions on the use, or disclosure, of my Health Information for the purposes described in this Consent and that Georgia Mountains Health Services may, or may not, agree to the requested restrictions. <i>He leído y entiendo el contenido de este documento y por la presente acepto informar a Georgia Mountains Health sobre cualquier cambio en la información. Entiendo que puedo solicitar restricciones en el uso o divulgación de mi información de salud para los fines descritos en este consentimiento y que Georgia Mountains Health Services puede, o no, aceptar las restricciones solicitadas.</i>

<b>Patient/Parent/Guardian Signature</b> <i>Firma del Paciente/Padre/Tutor</i>	<b>Date</b> <i>Fecha</i>
--	--------------------------