



## PATIENT IDENTIFICATION (Please Print) | Identificación del Paciente (Por Favor Imprimir)

**Patient's Name** (Please Print) *Nombre del Paciente (Por Favor Imprimir)*

**Parent/Legal Guardian Name** (Please Print) *Nombre del Padre/Tutor Legal*

## HEALTH HISTORY QUESTIONNAIRE | Cuestionario de Historia de Salud

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. *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.*

## TODAY'S VISIT | Visita de Hoy

**Primary Reason for Today's Visit** *Motivo Principal de la Visita de Hoy*

**Other Concerns** *Otras Preocupaciones*

## ALLERGIES | Alergias

**Please list anything that you are allergic to (including medications, food, bee stings, etc.) and how each affect you:** *Enumere cualquier cosa a la que sea alérgico (incluidos medicamentos, alimentos, picaduras de abejas, etc.) y cómo cada uno lo afecta:*

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>	Fatal <i>Fatal</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 | Medicamentos

**Please list all the medications you are taking. Include prescribed drugs and over-the-counter drugs (such as vitamins and inhalers):** *Enumere todos los medicamentos que está tomando. Incluya medicamentos recetados y medicamentos de venta libre (como vitaminas e inhaladores):*

Drug Name <i>Nombre del Medicamento</i>	Strength <i>Fuerza</i>	Frequency Taken <i>Frecuencia Tomada</i>

## IMMUNIZATION HISTORY | Historial de Vacunas

**Please check all your immunizations and list their most recent date:** *Verifique todas sus vacunas y enumere su fecha más reciente:*

Immunization <i>Inmunización</i>	Date <i>Fecha</i>	Immunization <i>Inmunización</i>	Date <i>Fecha</i>
<input type="checkbox"/> <b>Flu Shot</b> <i>Vacuna Contra la Gripe</i>		<input type="checkbox"/> <b>Hepatitis B</b> <i>Hepatitis B</i>	
<input type="checkbox"/> <b>Pneumonia</b> <i>Neumonía</i>		<input type="checkbox"/> <b>Tdap</b> <i>Tdap</i>	
<input type="checkbox"/> <b>Tetanus</b> <i>Tétanos</i>		<input type="checkbox"/> <b>Zostavax</b> <i>Zostavax</i>	
<input type="checkbox"/> <b>Other</b> <i>Otro:</i> _____		<input type="checkbox"/> <b>Other</b> <i>Otro:</i> _____	

<b>FAMILY MEDICAL HISTORY   Historial Médico Familiar</b>									
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(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>Autoimmune Disease</b> <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"/>
<b>Cancer</b> <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"/>
<b>Dementia</b> <i>Demencia</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>Diabetes</b> <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"/>
<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>Stroke</b> <i>Carrera</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: <i>Proporcione más detalles sobre cualquier problema médico identificado anteriormente:</i>									

<b>SUBSTANCE USE HISTORY   Historial de Consumo de Tabaco/Nicotina</b>						
Please check all that apply: <i>Por favor marque todos los que apliquen:</i>						
<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>1/4 Pack/Day</b> <i>1/4 Paquete/Día</i>	<input type="checkbox"/> <b>1/2 Pack/Day</b> <i>1/2 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>		
<b>Time Since Last Cigarette Use:</b> <i>Tiempo Desde el Último Uso de Cigarrillos:</i>	<input type="checkbox"/> <b>0-5 Years</b> <i>0-5 Años</i>	<input type="checkbox"/> <b>6-10 Years</b> <i>6-10 Años</i>	<input type="checkbox"/> <b>11-15 Years</b> <i>11-15 Años</i>	<input type="checkbox"/> <b>16+ Years</b> <i>16+ Años</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:*

Do you have a special diet? <i>¿Tienes 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>
Do you exercise? <i>¿Hacer 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>
Are you sexually active? <i>¿Eres 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>
Do you use birth control? <i>¿Usas 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>
Have you had STI/STDs? <i>¿Has tenido 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>	

Sexual orientation: <i>Orientación sexual:</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>		
Gender identity: <i>Identidad de género:</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>

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 your history of surgeries or medical device implants: *Proporcione su 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>

**SCREENING HISTORY | Historial de Detección**

Please provide your history of the following screenings: *Proporcione su historial de las siguientes evaluaciones:*

Have you had a bone density scan? <i>¿Ha tenido un escaneo de densidad ósea?</i>	<input type="checkbox"/> Yes <i>Si</i>	<input type="checkbox"/> No <i>No</i>	Date of last bone density scan: <i>Fecha de la última exploración de densidad ósea:</i>
Have you had a colonoscopy? <i>¿Te has hecho una colonoscopia?</i>	<input type="checkbox"/> Yes <i>Si</i>	<input type="checkbox"/> No <i>No</i>	Date of last colonoscopy: <i>Fecha de la última colonoscopia:</i>

**GYNECOLOGICAL HISTORY (Female Patients Only) | Historia Ginecológica (Solo Pacientes Femeninos)**

Please provide your gynecological history: *Proporcione su historial ginecológico:*

Date of last Pap smear: <i>Fecha de la última prueba de Papanicolaou:</i>	Were your results abnormal? <i>¿Fueron sus resultados anormales?</i>	<input type="checkbox"/> Yes <i>Si</i>	<input type="checkbox"/> No <i>No</i>
Date of last menstrual period: <i>Fecha del último período menstrual:</i>	Date of last mammogram: <i>Fecha de la última mamografía:</i>		
Date of last colposcopy: <i>Fecha de la última mamografía:</i>			

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

## MEDICAL HISTORY | Historial Médico

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

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> <b>AIDS/HIV</b><br><i>SIDA/VIH</i>  | <input type="checkbox"/> <b>Heart Problems</b><br><i>Problemas del Corazón</i>   |
| <input type="checkbox"/> <b>Abnormal Pap Smear</b><br><i>Frotis de Papanicolaou Anormal</i>  | <input type="checkbox"/> <b>Hematologic Disorders (for example: Hemophilia)</b><br><i>Trastornos Hematológicos (por ejemplo: Hemofelia)</i>  |
| <input type="checkbox"/> <b>Abuse/Domestic Violence/Trauma</b><br><i>Abuso/Violencia Doméstica/Trauma</i>  | <input type="checkbox"/> <b>Hepatitis or Liver Disease</b><br><i>Hepatitis o Enfermedad Hepática</i>   |
| <input type="checkbox"/> <b>Acid Reflux (GERD)</b><br><i>Reflujo Ácido (ERGE)</i>  | <input type="checkbox"/> <b>High Cholesterol</b><br><i>Colesterol Alto</i>   |
| <input type="checkbox"/> <b>Anemia</b><br><i>Anemia</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>Anxiety Disorder</b><br><i>Trastorno de Ansiedad</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>Autoimmune Disease (for example: Lupus, Rheumatoid Arthritis, Other)</b><br><i>Enfermedad Autoinmune (por ejemplo: Lupus, Artritis Reumatoide, Otros)</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>Incontinence</b><br><i>Incontinencia</i>   |
| <input type="checkbox"/> <b>Bladder or Kidney Problems (for example: Kidney Stones)</b><br><i>Problemas de Vejiga o Riñón (por ejemplo: Cálculos Renales)</i>  | <input type="checkbox"/> <b>Kidney Disease</b><br><i>Enfermedad del Riñón</i>  |
| <input type="checkbox"/> <b>Bleeding Disorder</b><br><i>Desorden Sangrante</i>   | <input type="checkbox"/> <b>Muscle, Joint or Bone Problems (example: Degenerative Disc, Arthritis)</b><br><i>Problemas Musculares, Articulares o Óseos (ejemplo: Disco Degenerativo, Artritis)</i> |
| <input type="checkbox"/> <b>Blood Clots (for example: Deep Vein Thrombosis, Pulmonary Embolism)</b><br><i>Coágulos de Sangre (Trombosis Venosa Profunda, Embolia Pulmonar)</i>                                 | <input type="checkbox"/> <b>Neck Problems</b><br><i>Problemas de Cuello</i>  |
| <input type="checkbox"/> <b>Breast Problem</b><br><i>Problema de Mama</i>  | <input type="checkbox"/> <b>Nervous System Disorder</b><br><i>Trastorno del Sistema Nervioso</i>   |
| <input type="checkbox"/> <b>COPD/Emphysema</b><br><i>EPOC / Enfisema</i>   | <input type="checkbox"/> <b>Neurologic (for example: Migraine, Seizures, Epilepsy)</b><br><i>Neurológico (por ejemplo: Migraña, Convulsiones, Epilepsia)</i>                                       |
| <input type="checkbox"/> <b>Cancer</b><br><i>Cáncer</i>  | <input type="checkbox"/> <b>Neuropathy</b><br><i>Neuropatía</i>  |
| <input type="checkbox"/> <b>Coronary Artery Disease</b><br><i>Enfermedad de la Arteria Coronaria</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>Dementia</b><br><i>Demencia</i>  | <input type="checkbox"/> <b>Osteoporosis or Osteopenia</b><br><i>Osteoporosis o Osteopenia</i>   |
| <input type="checkbox"/> <b>Depression or Postpartum Depression</b><br><i>Depresión o Depresión Posparto</i>   | <input type="checkbox"/> <b>Paralysis</b><br><i>Parálisis</i>  |
| <input type="checkbox"/> <b>Diabetes</b><br><i>Diabetes</i>  | <input type="checkbox"/> <b>Peripheral Arterial Disease</b><br><i>Enfermedad Arterial Periférica</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>Peripheral Vascular Disease (Varicosities)</b><br><i>Enfermedad Vasculár Periférica (Varicosidades)</i>  |
| <input type="checkbox"/> <b>Endometriosis</b><br><i>Endometriosis</i>  | <input type="checkbox"/> <b>Pre-Eclampsia</b><br><i>Preeclampsia</i>   |
| <input type="checkbox"/> <b>Gastrointestinal Problems (Diverticulitis, Gastric Ulcer, Hiatal Hernia)</b><br><i>Problemas Gastrointestinales (Diverticulitis, Úlcera Gástrica, Hernia de Hiato)</i>             | <input type="checkbox"/> <b>Psychiatric or Mental Health Condition (for example: Schizophrenia)</b><br><i>Condición Psiquiátrica o de Salud Mental (por ejemplo: Esquizofrenia)</i>                |
| <input type="checkbox"/> <b>Genital Problems</b><br><i>Problemas Genitales</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>Gestational Diabetes</b><br><i>Diabetes Gestacional</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>Gout</b><br><i>Gota</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>Gynecological Problems (for example: PCOS, Endometriosis)</b><br><i>Problemas ginecológicos (por ejemplo: PCOS, Endometriosis)</i>   | <input type="checkbox"/> <b>Stroke</b><br><i>Carrera</i>   |
| <input type="checkbox"/> <b>Head Injury or Concussion</b><br><i>Lesión en la Cabeza o Conmoción Cerebral</i>   | <input type="checkbox"/> <b>Thyroid Disease</b><br><i>Enfermedad de Tiroides</i>   |
| <input type="checkbox"/> <b>Hearing Loss</b><br><i>Pérdida de la Audición</i>  | <input type="checkbox"/> <b>Vision or Eye Problems</b><br><i>Problemas de Visión u Ojos</i>  |
| <input type="checkbox"/> <b>Heart Disease/Heart Attack/Congestive Heart Failure</b><br><i>Enfermedad Cardíaca/Ataque Cardíaco/Insuficiencia Cardíaca Congestiva</i>  | <input type="checkbox"/> <b>Other</b><br><i>Otro: _____</i>  |

## AUTHORIZATION SIGNATURE | Firma de Autorización

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. *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.*

Patient/Parent/Guardian Signature *Firma del Paciente/Padre/Tutor*

Date *Fecha*