

Good Samaritan Health Center of Gwinnett		Today's Date:			
Name (Nombre)		Age (Edad)	Date of Birth (Fecha de nacimiento)		
Have you ever had the following (¿Alguna vez ha tenido lo siguiente)?		Yes	No	Habits/Lifestyle (Habitos Personales)	
AIDS/HIV(SIDA)			Have you ever smoked/used tobacco?(Fuma?)	Yes	No
Blood pressure (low or high)			Cigarretes/pack per day? (Cigarros/paquete?)		
Cancer			Do You Drink Alcohol? (Toma alcohol?)	Yes	No
Diabetes (Diabetes)			Do you use drugs? (Usa drogas ilegales?)	Yes	No
Heart Attack(ataque cardiaco)			Number of Sex partners in the last 6 months		
Other serious disease not listed (alguna otra enfermedad seria no mencionada)		Numero de parejas en los ultimos 6 meses			
		Circle sexual history with: Men/ Women/ Both			
		Circule sus parejas sexuales: Hombre/ Mujer/ Ambos			
		Age of first menstrual period? (edad del primer período)			
		Last menstrual cycle (último ciclo menstrual)			
Allergies to medications/ food?Alergias a medicamentos/comida?		Yes	No	Birth Control? (toma anticonceptivos?)	Yes No
				How many living children now? (Cuantos hijos viven?)	
		Family Medical History		Father/Mother	child/ siblings/
		Historia médica familiar		padre/madre	hijos hermanos
Have you had surgery?		Blood Pressure (high or low) (presion alta)		Yes / No	Yes / No Yes / No
Alguna vez ha sido hospitalizado o ha sido operado?		Heart Attack (problemas del corazón)		Yes / No	Yes / No Yes / No
When (fecha)	Reason (problema)		Diabetes (diabetes)	Yes / No	Yes / No Yes / No
1			Cancer	Yes / No	Yes / No Yes / No
2			Any other family medical problem? Algun otro problema medico familiar?		
3			PHARMACY/ FARMACIA		
Name/ Nombre:					
Number/ Numero:					
Street/City/ Calle/Ciudad:					

If we need to call to give results, do you authorize **GSG** to leave medical information on your voicemail? / Si necesitamos llamar para dar resultados, usted autoriza **GSG** dejar un correo de voz con su informacion medica? **Circle (Yes/No)**

<b>Initials</b>
-----------------

If yes, please provide: Phone number: \_\_\_\_\_

**Si autoriza**, por favor proveer numero de telefono \_\_\_\_\_

Do you authorize **GSG** to release general medical information to the following person? Usted autoriza a **GSG** dar informacion general medica a la siguiente persona? **Circle (Yes/No)**

<b>Initials</b>
-----------------

If yes, please provide: **Si autoriza**, por favor proveer :

Name/ Nombre \_\_\_\_\_

Phone number/numero de telefono \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Patient signature (Firma del paciente)

\_\_\_\_\_  
Date (fecha)