

Patient Medical History
Historia Médica del Paciente

1. Are you allergic to any medications? Yes _____ No _____
If yes, which medications?

¿Es alérgico a algún medicamento? Si _____ No _____
En caso afirmativo, ¿qué medicamentos?

2. Which Pharmacy do you use?

Name: _____

Telephone Number/Address: _____

¿Qué farmacia utilizas?

Teléfono Nombre: _____

Numero/Ciudad: _____

3. If we need to give results, do you authorize GSG to leave medical information on your voicemail or text?

Yes _____ No _____

Si necesitamos dar resultados, ¿autoriza a GSG a dejar información médica en su correo de voz o mensaje de texto? Si _____ No _____

Do you authorize GSG to release general medical information to any other person?

Yes _____ No _____

If yes, please provide the person's name and phone number

¿Autoriza a GSG a divulgar información médica general a cualquier otra persona?

Si _____ No _____

En caso afirmativo, proporcione el nombre y el número de teléfono de la persona.

Patient Signature (Firma del paciente)

Date (Fecha)