



Patient Number	
Chart Number	

Please Complete the Entire Page. If You Have Any Questions, Please Ask the Front Desk.

PATIENT INFORMATION / BACKGROUND/INFORMACION DEL PACIENTE		
Name (Nombre): _____ Date of Birth (Fecha de Nacimiento): _____ Address (Dirección): _____ City/State/Zip (Ciudad/Estado/Código Postal): _____ Home phone (Teléfono de casa): _____ Cell Phone (Celular): _____ Email Address (dirección de correo electrónico): _____ Social Security Number (Número de Seguro Social): _____		
Primary Language (Su primer idioma): ☐ English (Inglés) ☐ Spanish (Español) Other (Otro): _____	Highest Level of Education: (Nivel Más alto de Educación) ☐ Elementary (Primaria) ☐ High School / GED (secundaria) ☐ College (colegio)	Number of Children (Cuántos hijos tiene?) _____ Ages of Children: (Edades de sus hijos?) _____
Sex (sexo): ☐ Male (Hombre) ☐ Female (Mujer)	Ethnicity (origen étnico): ☐ Mexican, Mexican American, Chicano ☐ Puerto Rican (Puertorriqueño) ☐ Cuban (cubano) ☐ Hispanic (Hispano) ☐ Latino (Latinos)	Race (raza): ☐ Asian Indian (Indio Asiático) ☐ Chinese (Chino) ☐ Filipino (Filipina) ☐ Japanese (Japonés) ☐ Korean (Coreano) ☐ Vietnamese (Vietnamita) ☐ Other Asian (Otro Asiático) ☐ Native Hawaiian (Nativo de Hawái) ☐ Samoan (Samoano) ☐ Other Pacific Islander (Islas del Pacífico) ☐ African American (Africano Americano) ☐ White (Blanco) ☐ More Than One Race (Más de una raza) ☐ I chose not to report (Opción no informar)
Gender Identity (Identidad de género): ☐ Male (Hombre) ☐ Female (Mujer) ☐ Trans Man (Hombre transgénero) ☐ Trans Woman (Mujer transgénero) ☐ Genderqueer (Género queer) Other: _____	What Type of Medical Insurance do you have? (Que tipo de seguro médico tiene usted?) ☐ Medicaid ☐ Medicare ☐ Private Insurance (seguro privado) ☐ Self – Pay (Pago en efectivo) ☐ Primary Healthcare PHC (primeros auxilios)	
Sexual Orientation (Orientación sexual): ☐ Straight (Heterosexual) ☐ Gay or Lesbian (Gay o lesbiana) ☐ Bisexual (Bisexuales) ☐ Unknown (Desconocido) Other: _____	Marital Status: (estatus civil): ☐ Single (Soltero) ☐ Married (Casado) ☐ Divorced (Divorciado) ☐ Widow (Viudo) ☐ Separated (Separado)	Are you a US Veteran? (Es usted veterano de los Estados Unidos?) _____ Yes (sí) _____ No
MEDICAL HISTORY/HISTORIA MEDICA Por Favor responda Sí o No a las siguientes preguntas:		
Do you smoke or use tobacco products? (Fuma o usa productos de tabaco?)	☐ Yes (sí) ☐ No	Over the past two weeks, have you been bothered with the following? (En las últimas dos semanas, ¿ha tenido lo siguiente?) Little interest or pleasure in doing things? (Poco interés o placer en hacer las cosas?) ☐ Yes (sí) ☐ No Feeling down, depressed, or hopeless? (Se siente triste, deprimido o sin esperanza?) ☐ Yes (sí) ☐ No
Are you allergic to any medications? (Es usted alérgico a algún medicamento?)	☐ Yes (sí) ☐ No	
Do you drink alcohol? (Toma bebidas alcohólicas?)	☐ Yes (sí) ☐ No	
Do you use drugs? (Usa drogas?)	☐ Yes (sí) ☐ No	
Any other allergies? (Cualquier otra alergia?)	☐ Yes (sí) ☐ No	
If you answered yes to any question above, please give details below: (Si usted contestó Sí a alguna pregunta anterior, indique los detalles)		
Please list any major illnesses: (Por favor indique si tiene alguna enfermedad de importancia?)		
Please list your current medications: (Por favor enliste sus medicamentos actuales)		
Please list all major operations or hospitalizations: (Por favor enliste todas las operaciones u hospitalizaciones que ha tenido)		
MEDICAL HISTORY/HISTORIA MEDICA		
Please list relation and age of any family members who have suffered from the following: (Por favor enliste la relación y edad de los miembros de la familia que han sufrido lo siguiente)		
Diabetes		
Hypertension (Alta Presión)		
Cancer (Cáncer)		
Heart Attack (Ataque del Corazón)		
Stroke (Derrame Cerebral)		



Patient Number	
Chart Number	

CONSENT AND AUTHORIZATION TO FURNISH INFORMATION/CONSENTIMIENTO PARA DEJAR O BRINDAR SU INFORMACION

I give permission for Gulf Coast Health Center, Inc. staff to leave information with the following authorized people:

Doy mi consentimiento al personal de Gulf Coast Health Center para dejar informacion con la siguiente(s) persona(s) autorizada(s).

Name/Relationship to patient (Nombre/Relacion)	Name/Relationship to patient (Nombre/Relacion)
Phone# (Numero de telefono)	Phone# (numero de telefono)
IF PATIENT IS A MINOR Please fill out this section. (Si el paciente es menor de edad, por favor llenar la informacion de los padres)	
Mother (Madre)/Legal Guardian(Tutor):	Father(Padre)/Legal Guardian(Tutor):
DOB (Fecha de Nacimiento):	DOB(Fecha de Nacimiento):
SSN# (Numero de seguro social)	SSN#(Numero de seguro social)
Mother's Cell/Work(# cellular/trabajo de la mama)	Father's Cell/Work (#cellular/trabajo de el papa)

CONSENT FOR TREATMENT AND AUTHORIZATION TO FURNISH AND/OR OBTAIN MEDICAL RECORDS

With the procedures and hazards having been fully explained, the undersigned consents to any x-ray, anesthesia, medical, surgical, or dental treatment rendered the patient by physicians, designated clinic personnel including Registered Nurses, Licensed Vocational Nurses, Nurses' Aides, Medical Assistant, Nurse Practitioners, Physician Assistants, Pharmacists, Dietitians, and any other persons who are not licensed physicians who are trained to assist under the general and special instructions provided by them. I further understand I may revoke this authorization at any time; and I hereby authorize the Gulf Coast Health Center, Inc. to furnish and/or obtain confidential medical records. This consent is subject to revocation at any time except to the extent that action has been taken in reliance thereon.

I hereby authorize Gulf Coast Health Center, Inc. to furnish information to insurance carriers concerning this illness/accident, and I hereby assign to the Center all payments for medical services rendered. I understand that I am financially responsible for all charges whether or not covered by insurance. I certify the information which I have provided to Gulf Coast Health Center, Inc. is complete and accurate to the best of my ability and knowledge.

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO Y AUTORIZACION PARA PROPORCIONAR Y OBTENER HISTORIAL MEDICO.

Con los procedimientos y riesgos plenamente explicados, con mi firma doy consentimiento a que se realicen Radiografias, Anestesia, tratamiento medico tratamiento quirurgico o dental brindados al paciente por los Medicos, personal designado de la clinica, incluyendo Enfermeras Registradas, Enfermeras Vocacionales con licencia, Auxiliares de Enfermeria, Enfermeras Practicantes, Asistentes Medicos, Farmaceuticos, Dietistas, asi como cualquier otra persona que no tiene licencia pero que esta capacitado para asistir con las instrucciones generales y especiales proporcionadas a ellos. Entiendo que puedo revocar esta autorizacion en cualquier momento; yo autorizo a GCHC, Inc. para proporcionar y/o obtener historiales medicos confidenciales. Este consentimiento esta sujeto a revocacion en cualquier momento, excepto en la medida en que la accion a sido tomada.

Por la presente autorizo a GCHC, inc. para proporcionar informacion a las companias de seguros con respecto a esta enfermedad u accidente, y autorizo al centro recibir todos los pagos por los servicios medicos ofrecidos. Tambien entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos si no se han pagado por el seguro. Certifico que la informacion que he proporcionado a GCHC, Inc. es completa y exacta a lo mejor de mi capacidad y conocimiento.

Signature (firma)

Date (fecha)



Patient Number	
Chart Number	

PRIVACY POLICY (POLIZA DE PRIVACIDAD)

As a Gulf Coast Health Center, Inc. patient, you have rights and responsibilities. The Center also has rights and responsibilities. We want you to understand these rights and responsibilities so you can help us provide quality health care for you. Please read this statement and ask us questions, if you have any.

The law requires that Gulf Coast Health Center, Inc. make every effort to inform you of your rights related to your personal health information. By my signing below, I acknowledge that (Select One):

- ☐ I have read or had explained to me Gulf Coast Health Center, Inc. Notice of Privacy Practices and Patient & Center Rights and Responsibilities and agree to continue my care with Gulf Coast Health Center, Inc. under said terms.
- ☐ I was given the opportunity to read Gulf Coast Health Center, Inc. Notice of Privacy Practices and Patient & Center Rights and Responsibilities and declined but wish to continue my care with Gulf Coast Health Center, Inc. under said terms.
- ☐ I have read or had explained to me Gulf Coast Health Center, Inc. Notice of Privacy Practices and Patient & Center Rights and Responsibilities and do not wish to continue my care with Gulf Coast Health Center, Inc. under said terms.

I HAVE READ AND UNDERSTAND THIS FORM. I AM SIGNING IT VOLUNTARILY

Signature (firma)

Date (fecha)

Como paciente de GCHC, Inc. usted tiene derechos y responsabilidades. El centro tambien tiene derechos y responsabilidades nosotros queremos que usted entienda estos derechos y responsabilidades para que pueda ayudarnos a proporcionar atencion medica de calidad para usted. Porfavor lea esta declaracion y haganos preguntas si usted tiene alguna.

La ley require que GCHC, Inc. haga todo lo posible para informale de sus derechos relacionados con su informacion medica. Al firmar abajo reconozco lo siguiente(seleccionar una):

- ☐ GCHC, Inc. me a explicado o he leído los derechos de privacidad y responsabilidad del paciente como tambien los derechos y responsabilidades del centro y estoy de acuerdo para continuar con mi cuidado medico con GCHC, inc. en virtud de dichos terminos.
- ☐ GCHC, inc. me dio la oportunidad de leer los derechos de privacidad y responsabilidades del paciente como tambien los derechos y responsabilidades del centro la cual rechazo, pero continuo con mi cuidado medico en GCHC, Inc. en virtud de dichos terminos.
- ☐ GCHC, Inc. me a explicado o he leído los derechos de privacidad y responsabilidades del paciente, asi como tambien los derechos y responsabilidades del centro y no deseo continuar con mi cuidado medico en G.C.H.C, en virtud de dichos terminos. He leído y entendido esta forma y estoy firmando voluntariamente.

He leído y entiendo esta forma. Lo firmo voluntariamente

Signature (firma)

Date (fecha)

Personal Health Assessment

Please complete the information below:		
First:	Last:	DOB:
Phone:	Address:	
Email Address:		
Who is the doctor you see most often:		
Specialty:		
First:	Last:	
Primary Phone:	Address:	

1. How often do you see your family doctor?

- ☐ Weekly ☐ Monthly
☐ 4-6 times per year ☐ Once per year
☐ Less than once per year

2. Select the word that best describes your health:

- ☐ Good ☐ Fair ☐ Poor

3. Do you live with:

- ☐ Family ☐ By yourself
☐ At home with others (such as caregiver)
☐ In a nursing home or assisted living facility

4. Have you lost your balance or fallen one or more times in the past 6 months?

- ☐ Yes ☐ No

5. Do you need assistance with:

- ☐ Eating/Preparing meals
☐ Bathing/Toileting
☐ Walking
☐ Housekeeping
☐ Dressing
☐ Driving/Transportation
☐ Rising from a chair
☐ Affording your medications, food or housing

6. Over the last month:

Have you had little interest or pleasure in doing things?

- ☐ Not at all ☐ More than Half the Days
☐ Several Days ☐ Nearly Every Day

Have you felt down, depressed or that things are hopeless?

- ☐ Not at all ☐ More than Half the Days
☐ Several Days ☐ Nearly Every Day

7. Do you have problems taking, or filling your medications Prescribed by your doctor?

- ☐ Yes ☐ No

8. How many medications do you take per day?

- ☐ 5 or less ☐ 6-10 ☐ 11-19 ☐ 20+

9. Please indicate any of the following health conditions

You have:

- ☐ Stroke
☐ Heart Problems
☐ Dizziness
☐ Balance Problems
☐ Breathing Problems
☐ Loss of Vision
☐ Hearing Problems
☐ Decreased use of Limbs/Paralysis
☐ Diabetes
☐ Uncontrolled Pain

10. In the last 6 months have been to:

- ☐ Hospital ☐ E/R ☐ Urgent Care Clinic

11. Do you have Surgery planned in the next 60 days?

- ☐ Yes ☐ No

12. Which of these have you completed?

Annual:

- ☐ Flu Shot
☐ Eye Exam
☐ Mammogram
☐ Cervical Exam
☐ Prostate Exam

Every 5 Years:

Every 10 Years:

- ☐ Pneumonia Vaccine
☐ Colon Screening

Evaluación de Salud Personal

Por favor escriba su nombre abajo:		
Nombre:	Apellido:	Fecha de Nacimiento:
Teléfono:	Dirección:	
Correo Electrónico:		
Por favor escriba su nombre abajo:		
Quién es el doctor que mira más a menudo:		
Especialidad:		
Nombre:	Apellido:	
Teléfono principal:	Dirección:	

7. Con qué frecuencia consulta a su médico familiar?

- ☐ Semanal ☐ Mensual
☐ 4-6 veces al año ☐ Una vez al año
☐ Ninguna Vez

8. Seleccione la palabra que mejor describa su salud?

- ☐ Excelente ☐ Regular ☐ Mala

9. Con quién vive usted?

- ☐ Familia ☐ Solo
☐ En casa de otro(s) (como cuidador)
☐ En un hogar de ancianos o centro de asistencia

10. Ha perdido su equilibrio o se ha caído una o más veces en los últimos 6 meses?

- ☐ Si ☐ No

11. Usted necesita asistencia para:

- ☐ Comer/Preparar comidas
☐ Bañarse/Ir al baño
☐ Caminar
☐ Quehaceres domésticos
☐ Vestirse
☐ Conducir/Transportación
☐ Levantarse de una silla
☐ Gastos de medicamentos, alimentos y vivienda

12. Durante el último mes:

- Ha tenido poco interés o placer en hacer las cosas?
☐ No en Absoluto ☐ Más de la Mitad del Día
☐ Varios Días ☐ Casi Todos los Días
 Se ha sentido decaído, deprimido o sin esperanza?
☐ No en Absoluto ☐ Más de la Mitad del Día
☐ Varios Días ☐ Casi Todos los Días

7. Tiene problemas al tomar, o surtir sus medicamentos recetados por su doctor?

- ☐ Si ☐ No

8. Cuántos medicamentos toma al día?

- ☐ 5 o menos ☐ 6-10 ☐ 11-19 ☐ 20+

9. Por favor indique cualquiera de las siguientes condiciones de salud que tiene:

- ☐ Derrame Cerebral
☐ Problemas del Corazón
☐ Mareos
☐ Problemas de Equilibrio
☐ Problemas para Respirar
☐ Pérdida de la visión
☐ Problemas de audición
☐ Disminución del uso de Extremidades/Parálisis
☐ Diabetes
☐ Dolor Incontrolado

10. En los últimos 6 meses usted a estado en el:

- ☐ Hospital ☐ Emergencias ☐ Clínica de Urgencias

11. Va a tener usted una cirugía en los próximos 60 días?

- ☐ Si ☐ No

12. Cuál de éstos exámenes / vacunas ha completado este año?

- ☐ Vacuna contra la gripe
☐ Examen de la Vista
☐ Mamografía
☐ Examen Cervical
☐ Examen de la Próstata
☐ Vacuna contra Neumonía Cada 5 Años
☐ Examen del Colon Cada 10 Años