

Bienvenido a San Antonio Oncología. Nos enorgullecemos de ofrecer atención médica integral, individualizado para pacientes con cáncer y trastornos con sangre. Somos también uno de los pocos grupos en San Antonio que proporcionan la oncología integrativa y un programa integral de mama.

Damos la bienvenida a los pacientes remitidos por su proveedor de atención médica o pacientes que se refieren a sí mismos y es un honor y privilegio de haber sido seleccionados para trabajar con usted.

Vamos a crear un plan de atención que se individualiza a sus necesidades. Vamos a hacer un gran esfuerzo para ayudarle a entender su condición y la investigación clínica disponible para que pueda tomar una decisión informada con respecto a su plan de tratamiento.

Nuestro objetivo es hacer que su experiencia sea lo más agradable y relajante, y más informativo posible. Por favor complete el nuevo paquete de pacientes cerrado, y devolverlo a nosotros durante su primera visita. También necesitará los siguientes documentos para asegurar que su registro no tenga problemas:

- Licencia de conducir o una identificación oficial con fotografía
- Tarjeta de seguro
- Lista de medicamentos actuales, a fin de incluir todos los medicamentos prescritos, medicamentos, vitaminas recreativas, y suplementos
- Lista de todos los proveedores y especialistas que prestan atención a usted
- Nuevo paquete completado paciente (si se solicita)
- Registros médicos anteriores (si se solicita)

Por favor, recuerde que su hora de la cita es valioso. Si usted no puede asistir a su cita, por favor háganoslo saber al menos 24 horas de antelación para que podamos programar otra persona que necesita atención.

Por favor haga planes para llegar 30 minutos antes de la hora de su cita para completar su registro y cumplir con nuestro equipo de oficina.

Si tiene alguna pregunta, por favor no dude en llamar al 210.616.9922. Esperamos contar con su presencia.

A su servicio,

Johnny Diaz
Coordinador de Nuevos Pacientes
Oncology San Antonio Cancer Care Network



Consentimiento para fotografía de expediente médico electrónico (EMR)

Oncology San Antonio usa expediente médicos electrónicos (EMR, por sus siglas en inglés) para mantener su información de salud. Las útiles características de la EMR nos permiten usar una fotografía digital para identificar visualmente a nuestro paciente mientras revisamos su historia clínica. *Oncology San Antonio* sólo usará su fotografía para fines de identificación y no se incluirá en la divulgación de expedientes médicos ni se mostrará a otras personas que no formen parte del personal de *Oncology San Antonio* para fines de identificación. *Oncology San Antonio* se compromete a mantener la privacidad y confidencialidad de su información médica, tal como se define en nuestro Aviso de procedimientos de privacidad conforme a la Ley de HIPAA.

Usted podría, en cualquier momento, retirar este consentimiento mediante notificación por escrito.

MARQUE UNA OPCIÓN:

SÍ. Acepto que me tomen una fotografía. Yo, _____, entiendo que al marcar esta casilla y firmar el presente formulario, autorizo a *Oncology San Antonio* a que me tome una fotografía para utilizarla únicamente para fines de identificación en el EMR. Entiendo los términos de uso de mi fotografía.

NO. No quiero que me tomen una fotografía ni que se use para fines de identificación en el EMR.

Firma del paciente: _____ Fecha ____ / ____ / ____

Consentimiento para comunicación por correo electrónico y/o mensaje de texto

Oncology San Antonio podría ponerse en contacto con usted por correo electrónico, mensaje de texto y/o por nuestro portal de pacientes para darle recordatorio de citas, obtener comentarios y proporcionarle sus resultados de laboratorio.

Con su firma a continuación, usted da su consentimiento para recibir, de parte de *Oncology San Antonio*, recordatorios de citas y otras comunicaciones/información de cuidados de salud en su dirección de correo electrónico y/o aparato móvil.

_____(Iniciales del paciente) Doy mi consentimiento para recibir mensajes de texto de *Oncology San Antonio* en mi teléfono móvil y cualquier número reenviado o transferido a dicho número. El número de teléfono celular que autorizo para recibir mensajes de textos para recordatorios de citas es

(_____) _____ - _____

_____(Iniciales del paciente) Doy mi consentimiento para recibir correos electrónicos de *Oncology San Antonio* que tengan el fin de comunicarme resultados de laboratorio, solicitudes de testimonio y recordatorios/información de salud en general. El correo electrónico que autorizo para recibir mensajes es

_____@_____

Firma del paciente: _____ Fecha ____ / ____ / ____

Declaración de derechos del paciente

Usted tiene el derecho de recibir cuidados respetuosos y considerados.

Usted tiene el derecho de recibir el tratamiento médico más apropiado y disponible sin importar su sexo, raza, religión, color o nacionalidad.

Usted tiene el derecho de obtener de su proveedor de cuidados médicos, información completa y actualizada acerca de su diagnóstico, tratamiento y resultado posible en términos que pueda entender. Cuando no sea médicamente aconsejable proporcionarle dicha información a usted, ésta quedará a disposición de la persona que considere apropiada en su nombre.

Usted tiene el derecho de hablar con su proveedor de cuidados médicos sobre cualquier tratamiento, procedimiento u operación planificada para usted de tal manera que pueda entender el propósito, los resultados probables y las alternativas y riesgos implicados antes de dar su autorización.

Usted tiene el derecho de negarse a un tratamiento en la medida que lo permita la ley y las reglamentaciones gubernamentales, y de ser informado sobre las consecuencias de haberlo rechazado.

Usted tiene el derecho de abandonar el consultorio y el centro de cuidados, en contra del consejo de su proveedor de cuidados médicos, en la medida que lo permita la ley y las reglamentaciones gubernamentales. Si abandona el consultorio o centro de cuidados en contra del consejo de su proveedor de cuidados médicos, ni el centro de cuidados ni su proveedor de cuidados médicos, ni el gobierno de los Estados Unidos serán responsables de los daños que esta acción pudiera causarle a usted o a otros.

Usted tiene el derecho a la privacidad con respecto a su programa de cuidados médicos de acuerdo con la ley y reglamentaciones.

Usted tiene el derecho de recibir una respuesta razonable a su solicitud de servicios.

Usted tiene el derecho de obtener información en cuanto a cualquier relación que su centro médico tenga con otras instituciones de cuidados de salud y educativas en lo que se refiere a sus cuidados. Usted tiene derecho de obtener el nombre, puesto y relaciones profesionales de todas las personas que le están atendiendo.

Usted tiene el derecho de ver a otro proveedor de cuidados médicos.

Usted tiene el derecho de ser informado si el centro médico tiene la intención de participar o llevar a cabo una investigación asociada con sus cuidados o tratamiento. Usted tiene el derecho de negarse a participar en tales proyectos de investigación.

Usted tiene el derecho de conocer las reglas y reglamentaciones del centro médico que se aplican a su conducta como paciente.

Si tiene alguna pregunta o inquietud con relación a este formulario, por favor llámenos al 210.714.2252 o escríbanos por correo electrónico a newpatient@oncologysa.com.

Responsabilidades del paciente

La Declaración de responsabilidades del paciente, diseñada como complemento de la Declaración de derechos del paciente, invita a los pacientes a participar en sus propios cuidados y tratamientos médicos. *Oncology San Antonio* cree que el entendimiento mutuo de la Declaración de derechos y responsabilidades del paciente dará como resultado una prestación eficaz de los servicios de salud. En la medida posible, *Oncology San Antonio* solicita a los pacientes que:

- Proporcionen información precisa y completa sobre sus enfermedades previas, hospitalizaciones, medicamentos y otros asuntos relacionado con su salud, y contesten las preguntas relativas a estos temas.
- Participen en la planificación de sus cuidados de salud al expresar sus inquietudes de manera abierta y honesta a su proveedor de cuidados médicos y demás profesionales de la salud.
- Entiendan su diagnóstico y tratamiento a su satisfacción y hagan las preguntas necesarias si no entienden su plan de tratamiento.
- Colaboren con su proveedor de cuidados médicos y demás profesionales de la salud para llevar a cabo su plan de tratamiento.
- Participen y colaboren con nuestros profesionales de la salud en la creación de un plan de alta médica que satisfaga tanto sus necesidades sociales como médicas.
- Informen a *Oncology San Antonio* o a cualquiera de sus profesionales sobre la existencia de alguna directiva anticipada (incluyendo el apoderado para fines de cuidados de salud, carta poder, orden de no resucitar [DNR, por sus siglas en inglés], documento de voluntades anticipadas) que usted pudiera haber preparado.
- Proporcionen información relacionada con el seguro y otras fuentes de pago.
- Colaboren y respeten las reglas, reglamentaciones y políticas de *Oncology San Antonio*.
- Además, les pedimos que sean considerados con los demás pacientes, respetando su necesidad de privacidad y de un entorno tranquilo, de la misma manera que esperamos lo mismo de ellos para con usted.

Si tiene alguna pregunta o inquietud con relación a este formulario, por favor llámenos al 210.714.2252 o escríbanos por correo electrónico a newpatient@oncologysa.com.

Asignación de beneficios

ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS, ASIGNACIÓN DE DERECHOS PARA PROCURAR LA LEY DE SEGURIDAD DE LOS INGRESOS DE JUBILACIÓN PARA EMPLEADOS (ERISA, por sus siglas en inglés) Y OTROS RECLAMOS LEGALES Y ADMINISTRATIVOS ASOCIADOS CON MI SEGURO :MÉDICO Y/O PLAN DE BENEFICIOS DE SALUD (INCLUYENDO INCUMPLIMIENTO DEL DEBER FIDUCIARIO) Y DESIGNACIÓN DE UN REPRESENTANTE AUTORIZADO

Por la presente asigno y transfiero directamente a *Oncology San Antonio*, designado como mi representante autorizado, todos mis beneficios médicos y/o reembolso del seguro (si hubiese) pagaderos a mí de otro modo por concepto de servicios, tratamientos, terapias y/o medicamentos proporcionados o prestados por *Oncology San Antonio*, independientemente de su estado de participación en la red de cuidados administrados.

Entiendo que soy responsable de liquidar todos los cargos independientemente de cualquier pago del seguro o de beneficios aplicables.

Por medio de la presente autorizo a *Oncology San Antonio* a divulgar toda la información médica necesaria para procesar mis reclamos. Asimismo, por medio de la presente autorizo al administrador, fiduciario, asegurador y/o abogado de mi plan a divulgar a *Oncology San Antonio* todos y cada uno de los documentos del plan, descripción resumida de beneficios, póliza de seguro e/o información de liquidación previa solicitud por escrito de *Oncology San Antonio* o sus abogados con el fin de reclamar dichos beneficios médicos.

Además de la asignación de los beneficios médicos y/o reembolso del seguro mencionados, también asigno y/o transfiero a *Oncology San Antonio* cualquier reclamo legal o administrativo o derecho de acción que surja bajo cualquier plan de salud de grupo, plan de beneficios para empleados, seguro de salud o seguro del agraviador con respecto a gastos médicos incurridos como resultado de los servicios, tratamientos y terapias médicas y/o medicamentos que reciba en *Oncology San Antonio* (incluyendo cualquier derecho de interponer dichos reclamos legales o administrativas o derecho de acción). Esto constituye una asignación expresa y a sabiendas de reclamos por incumplimiento de ERISA de los reclamos de deber fiduciario y otros reclamos legales y/o administrativos.

Tengo la intención, por medio de esta asignación y designación de representante autorizado, de transferirle a *Oncology San Antonio* todos mis derechos de reclamar (o poner un derecho de retención) los beneficios médicos relacionados con los servicios, tratamientos, terapias y/o medicamentos proporcionados por *Oncology San Antonio*, incluyendo los derechos de liquidación, seguro o compensaciones legales o administrativas aplicables (incluyendo los daños que surjan por incumplimiento de ERISA de los reclamos de deber fiduciario).

A la parte asignada y/o representante designado (*Oncology San Antonio*) le otorgo el derecho de (1) obtener información con respecto al reclamo en la misma medida que yo mismo; (2) presentar pruebas; (3) hacer declaraciones sobre hechos o ley; (4) hacer cualquier solicitud incluyendo el proporcionar o recibir notificación de los procedimientos de apelación; (5) participar en las acciones administrativas y judiciales e interponer demandas o derecho de acción o derecho contra cualquier parte responsable, compañía aseguradora, plan de beneficios del empleado, plan de beneficios de cuidados de salud o administrador de plan.

Oncology San Antonio y mi representante autorizado designado podrían iniciar procedimientos legales en contra de cualquier plan de beneficios de cuidados de salud, plan de beneficios del empleado, administrador de plan o compañía aseguradora en mi nombre con capacidad procesal derivativa a expensas del proveedor.

A menos de que sea revocada, esta asignación es válida para todas las revisiones administrativas y judiciales conforme a la Ley PPACA (legislación de reforma de salud), ERISA, Medicare y las leyes estatales y federales aplicables. Una fotocopia de esta asignación se considerará válida, de la misma manera que si fuera el original.

HE LEÍDO Y ENTIENDO COMPLETAMENTE ESTE ACUERDO.

Firma del paciente o tutor:

Fecha:

____ / ____ / _____

Autorización para divulgar expedientes médicos

Yo, _____ (nombre completo del paciente), autorizo a *Oncology San Antonio* a divulgar información médica confidencial sobre mí a las personas que se indican a continuación:

1. Nombre completo: _____
Relación con el paciente: _____ Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____
Número de teléfono: (____) ____ - _____ Correo electrónico (opcional): _____
2. Nombre completo: _____
Relación con el paciente: _____ Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____
Número de teléfono: (____) ____ - _____ Correo electrónico (opcional): _____
3. Nombre completo: _____
Relación con el paciente: _____ Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____
Número de teléfono: (____) ____ - _____ Correo electrónico (opcional): _____
4. Nombre completo: _____
Relación con el paciente: _____ Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____
Número de teléfono: (____) ____ - _____ Correo electrónico (opcional): _____

Entiendo que la información divulgada puede incluir todo o parte de lo siguiente: una copia de mis expedientes médicos, un resumen o narración de mi información médica confidencial o una conversación verbal.

Nota: Si bien se hará todo lo posible por proteger la privacidad de su información médica, tenga en cuenta que la divulgación de su información médica a una persona u organización autorizada podría estar sujeta a una nueva divulgación por parte de quien la recibe y, por lo tanto, ya no estaría protegida por la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA) u otras leyes federales o estatales. Esta autorización durará indefinidamente a menos que usted especifique lo contrario:

Notas especiales o peticiones del paciente:

Nombre legal completo del paciente (en letra de imprenta):

Fecha de nacimiento del paciente:

____ / ____ / ____

Patient SSN:

____ - ____ - ____

Firma del paciente o tutor:

Fecha:

____ / ____ / ____

Autorización para divulgación de expedientes médicos

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____

Domicilio: _____

Número de teléfono: (____) ____ - ____ Fechas de tratamiento de: ____ / ____ / ____ hasta ____ / ____ / ____

Autorizo a: (escriba la información de su proveedor de cuidados médicos actual)

Nombre del proveedor de cuidados médicos: _____

Domicilio: _____

Número de teléfono: (____) ____ - _____

Número de fax: (____) ____ - _____

A emitir copias de mis expedientes médicos a: (seleccione el proveedor de cuidados médicos)

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Basel Dabas, MD | <input type="checkbox"/> Zulfi Jaffar, MD | <input type="checkbox"/> Navneet Mittal, MD |
| <input type="checkbox"/> Jayasree Rao, MD | <input type="checkbox"/> Syed Raza, MD | <input type="checkbox"/> Kimberly Stewart, DO |
| <input type="checkbox"/> Angelia Berkowitz, DNP, APRN, FNP, AOCNP | | |
| <input type="checkbox"/> Rachel Balli, MSN, APRN, ACNP-BC | <input type="checkbox"/> Alyssa Bobinger, PA-C, MSPAS | |
| <input type="checkbox"/> Reylin Segura, MSN, APRN, FNP-BC | | |

Entiendo que esta información estará en vigor durante un año después de la fecha de la firma. No obstante, entiendo que esta autorización podría ser revocada en cualquier momento por medio de una notificación verbal o escrita al consultorio médico. Una fotocopia de esta autorización constituirá una autorización válida. Entiendo que una vez que mis expedientes médicos hayan sido divulgados, el consultorio médico no puede recuperarlas y no tiene control sobre el uso de las copias emitidas.

Por medio de la presente, libero a *Oncology San Antonio* de todas y cada una de las responsabilidades que pudieran surgir como consecuencia de mi divulgación autorizada de expedientes. Si mi caso tuviera que ser revisado por una agencia directiva u otra profesión médica con participación activa en mis cuidados para tomar una determinación final, sólo con mi consentimiento se entregará una copia de estos expedientes médicos a la agencia o profesión médica para dicha revisión.

Firma del paciente o tutor:

Fecha:

____ / ____ / ____

Formulario de información demográfica del paciente

Información del paciente:

Título: (Marque uno) Sr. Sra. Srita. Dr./Dra.

Primer nombre: _____ Inicial del segundo nombre: _____ Apellido: _____

Apodo: _____ Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____ Sexo: Masculino Femenino

Domicilio: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono casa: (____) _____ - _____ Teléfono trabajo: (____) _____ - _____

Teléfono celular: (____) _____ - _____ Correo electrónico: _____

Número de seguro social: _____ - _____ - _____ Estado civil: Soltero(a) Casado(a) Otro

Situación de empleo: Empleado Estudiante Jubilado Otro (marque una)

Raza: Indígena americano Asiático Negro/afroamericano Isleño del Pacífico Blanco

Origen étnico: Hispano/Latino No hispano/Latino Se desconoce No quiere decir

Información del proveedor de cuidados médicos que refiere:

Proveedor que refiere: _____ Teléfono: (____) _____ - _____

Proveedor de atención primaria: _____ Teléfono: (____) _____ - _____

Cirujano: _____ Teléfono: (____) _____ - _____

Otro especialista: _____ Teléfono: (____) _____ - _____

Información de la farmacia:

Nombre de la farmacia: _____ Teléfono: (____) _____ - _____

Domicilio: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Contacto en caso de emergencia:

Nombre: _____ Teléfono: (____) _____ - _____

Relación: _____

Nombre: _____ Teléfono: (____) _____ - _____

Relación: _____

Información de facturación

Información del seguro: _____

Seguro primario: _____

Número de póliza: _____ **Número de grupo:** _____

Titular de la póliza: _____ **Núm. de SS:** ____ - ____ - ____ **Fecha nac.:** ____ / ____ / ____
(Nombre tal como aparece en la tarjeta) (Titular de la póliza) (Titular de la póliza)

Lugar de trabajo asociado con la póliza: _____

Seguro secundario: _____

Número de póliza: _____ **Número de grupo:** _____

Titular de la póliza: _____ **Núm. de SS:** ____ - ____ - ____ **Fecha nac.:** ____ / ____ / ____
(Nombre tal como aparece en la tarjeta) (Titular de la póliza) (Titular de la póliza)

Lugar de trabajo asociado con la póliza: _____

Seguro adicional: _____

Número de póliza: _____ **Número de grupo:** _____

Titular de la póliza: _____ **Núm. de SS:** ____ - ____ - ____ **Fecha nac.:** ____ / ____ / ____
(Nombre tal como aparece en la tarjeta) (Titular de la póliza) (Titular de la póliza)

Lugar de trabajo asociado con la póliza: _____

1. ¿Se está quedando actualmente en un centro de enfermería especializada (SNF) o en un hogar de convalecencia?

Marque una: SÍ NO Si la respuesta es SÍ:

Nombre de centro: _____ **Teléfono:** (____) _____ - _____

2. ¿Se encuentra actualmente en un centro de cuidados paliativos?

Marque una: SÍ NO Si la respuesta es SÍ:

¿Cuál es su diagnóstico? _____

3. ¿Tiene un proveedor de cuidados de salud a domicilio?

Marque una: SÍ NO Si la respuesta es SÍ:

Nombre del proveedor: _____ **Teléfono:** (____) _____ - _____

Nombre legal completo del paciente (en letra de imprenta):

Firma del paciente o tutor:

Fecha:

____ / ____ / ____

Historial y exámenes médicos

Fecha: ____ / ____ / _____ Proveedor que refiere: _____ Edad: _____

Seguro: _____

Diagnóstico: _____ **Fecha del diagnóstico:** ____ / ____ / _____

Historia de enfermedad actual: (el personal llenará esta sección)

¿Qué proveedor(es) está(n) involucrado(s) en sus cuidados? **Favor de escribir el nombre de cada proveedor:**

Proveedor de atención primaria/Médico internista: _____

Cirujano: _____

Obstetricia/Ginecología: _____

Otro: _____

¿Le han hecho tomografías, radiografías u otras pruebas relacionadas con su diagnóstico?

| Prueba | Sí | No | ¿Dónde se realizó? | Fecha |
|--|----|----|--------------------|-------|
| Tomografía computarizada (CT) | | | | |
| Imágenes por resonancia magnética (MRI) | | | | |
| Prueba de la densidad ósea | | | | |
| Ultrasonido | | | | |
| Tomografía por emisión de positrones (PET) | | | | |
| Densidad mineral ósea (BMD) | | | | |
| Colonoscopia | | | | |
| Biopsia | | | | |
| Esofagogastroduodenoscopia (EGD) | | | | |
| Otro | | | | |

¿Tipo de tratamiento actual?

| Prueba | Sí | No | ¿En qué hospital? | Fecha |
|--|----|----|-------------------|-------|
| Cirugía | | | | |
| Radiación | | | | |
| Tratamiento con fármacos/Quimioterapia | | | | |
| Terapia hormonal | | | | |

Historial y exámenes médicos (continuación)

Historial de la mujer:

1. ¿Se hace mamografías regularmente?
Marque una: SÍ NO Si la respuesta es **SÍ:**
¿Dónde? _____ Último examen: ____ / ____ / _____
2. ¿Se hace la prueba de Papanicolaou regularmente?
Marque una: SÍ NO Si la respuesta es **SÍ:**
¿Dónde? _____ Último examen: ____ / ____ / _____
3. ¿Se examina usted misma los senos?
Marque una: SÍ NO _____ Último examen: ____ / ____ / _____
4. ¿A qué edad tuvo su primera menstruación? _____ Edad: _____
5. ¿Le han hecho una histerectomía?
Marque una: SÍ NO Si la respuesta es **SÍ:**
¿Le extirparon los ovarios? **Marque una:** SÍ NO
6. ¿Edad al momento de la menopausia? _____ Edad: _____
7. Fecha de la última menstruación: _____ Fecha: ____ / ____ / _____
8. ¿Ha tomada alguna vez anticonceptivos orales?
Marque una: SÍ NO Si la respuesta es **SÍ:** ¿Por cuánto tiempo? _____ años
9. ¿Usa/Usó una terapia de reemplazo hormonal?
Marque una: SÍ NO Si la respuesta es **SÍ:** ¿Por cuánto tiempo? _____ años
10. Número total de embarazos: _____ Número total de nacimientos vivos: _____
Número total de abortos espontáneos: _____
11. ¿Amamantó a sus bebés?
Marque una: SÍ NO Si la respuesta es **SÍ:** ¿Por cuánto tiempo? _____ meses

Historial del hombre:

1. ¿Se hace exámenes de la próstata regularmente?
Marque una: SÍ NO Si la respuesta es **SÍ:**
¿Dónde? _____ Último examen: ____ / ____ / _____
2. ¿Se hace exámenes del antígeno prostático específico (PSA) regularmente?
Marque una: SÍ NO Si la respuesta es **SÍ:**
¿Dónde? _____ Último examen: ____ / ____ / _____
3. ¿Se examina usted mismo los testículos?
Marque una: SÍ NO _____ Último examen: ____ / ____ / _____

Historial y exámenes médicos (continuación)

Historia médica previa:

¿Ha tenido algún otro tipo de cáncer en el pasado?

Marque una: SÍ NO Si la respuesta es **SÍ**, indique a continuación:

| Fecha del diagnóstico | Tipo de cáncer | Tratamiento recibido |
|-----------------------|----------------|----------------------|
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |

¿Ha recibido radiación anteriormente?

Marque una: SÍ NO Si la respuesta es **SÍ**:

¿Dónde? _____ Fecha: ____ / ____ / ____

¿Qué tipo? _____

¿Ha recibido quimioterapia anteriormente?

Marque una: SÍ NO Si la respuesta es **SÍ**:

¿Dónde? _____ Fecha: ____ / ____ / ____

¿Qué tipo? _____

¿Tiene un dispositivo electrónico interno, por ejemplo, un desfibrilador o marcapasos? SÍ NO

Historia médica previa:

¿Le han diagnosticado alguna vez una de las siguientes condiciones médicas?

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar obstructiva crónica | <input type="checkbox"/> Tendencia a sangrado |
| <input type="checkbox"/> Hipertensión | <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Trombosis venosa profunda (coágulos) |
| <input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca congestiva | <input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular | <input type="checkbox"/> Glaucoma |
| <input type="checkbox"/> Fibrilación atrial | <input type="checkbox"/> Colesterol alto | <input type="checkbox"/> Problemas renales |
| <input type="checkbox"/> Ataque cardíaco | <input type="checkbox"/> Úlcera estomacal | <input type="checkbox"/> Defectos genéticos conocidos: _____ |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca | <input type="checkbox"/> Enfermedad por reflujo gastroesofágico | |
| <input type="checkbox"/> Disfunción tiroidea | <input type="checkbox"/> Embolia pulmonar | |

Otro(s) _____

Historia quirúrgica previa:

¿Le han hecho algún otro procedimiento u operación?

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Cirugía a corazón abierto | <input type="checkbox"/> Resección del colon | <input type="checkbox"/> Cirugía de seno |
| <input type="checkbox"/> Stent en el corazón | <input type="checkbox"/> Extirpación de vesícula biliar | <input type="checkbox"/> Prostatectomía |
| <input type="checkbox"/> Tiroides | <input type="checkbox"/> Apendicectomía | <input type="checkbox"/> Extirpación del riñón |
| <input type="checkbox"/> Paratiroides | <input type="checkbox"/> Extirpación del bazo | <input type="checkbox"/> Trasplante de órgano (Tipo): _____ |
| <input type="checkbox"/> Pulmón | <input type="checkbox"/> Hernia | <input type="checkbox"/> Reemplazo articular (Tipo): _____ |
| <input type="checkbox"/> Hernia de hiato/reflujo | <input type="checkbox"/> Histerectomía | |
| <input type="checkbox"/> Úlcera | <input type="checkbox"/> Cesárea | |
| <input type="checkbox"/> Resección de estómago | <input type="checkbox"/> Mastectomía | |

Otro(s) _____

Historial y exámenes médicos (continuación)

Historia familiar:

¿Tiene/Tuvo algún familiar que ha/haya sido diagnosticado con cáncer o enfermedad sanguínea?

| FAMILIAR (favor de especificar) | TIPO DE CÁNCER/ENFERMEDAD SANGUÍNEA | EDAD EN EL DIAGNÓSTICO |
|------------------------------------|-------------------------------------|------------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Historia social:

- ¿Cuál es/era su ocupación? _____ Jubilado SÍ NO
- ¿Con quién vive? _____ Vive solo SÍ NO
- ¿Tiene hijos? SÍ NO Edades: _____
- ¿Ha fumado alguna vez?
Marque una: SÍ NO Si la respuesta es **SÍ:** # _____ cajetillas diarias durante _____ años
 Si solía fumar, ¿cuándo dejó de fumar? ____ / ____ / _____
- ¿Toma bebidas alcohólicas?
Marque una: SÍ NO Si la respuesta es **SÍ:** Cerveza Vino Bebidas tipo “Spirits”
 # de bebidas por semana: _____
 Si solía tomar, ¿cuando dejó de tomar? ____ / ____ / _____
- ¿Alguna vez ha usado drogas de uso recreativo? (marihuana, cocaína, etc.)
Marque una: SÍ NO Si la respuesta es **SÍ:** ¿Qué drogas? _____
- Alergias:** (incluyendo medicamentos, alimentos, látex, cacahuates, etc.)
Marque una: SÍ NO Si la respuesta es **SÍ:** Describa la alergia y su reacción a continuación:

| ALÉRGICO A | REACCIÓN |
|------------|----------|
| | |
| | |
| | |

Escriba todos los medicamentos que esté tomando actualmente, incluyendo los medicamentos de venta sin receta, suplementos y vitaminas. (Pase a la siguiente pregunta si está proporcionando una lista de medicamentos separada.)

| MEDICAMENTO | DOSIS | FRECUENCIA |
|-------------|-------|------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Revisión de sistemas

Por favor marque todos los que apliquen:

GENERAL:

- Escalofríos
- Sudoración
- Aumento de peso
- Pérdida de peso (últimos 6 meses)-
Cuántas libras _____
- Fatiga
- Debilidad
- Fiebres
- Sofocos/Bochornos

OJOS, OÍDOS, NARIZ Y

GARGANTA:

- Visión borrosa
- Visión doble
- Pérdida auditiva
- Sangrado nasal
- Ronquera
- Zumbido de oídos
- Sangrado de encías
- Dificultad para tragar

RESPIRATORIO:

- Tos
- Falta de aire: En reposo _____
Al hacer esfuerzo _____
- Oxígeno en el hogar: litros/min

- Esputo o flema
- Sangre en esputo o flema

CARDIOVASCULAR:

- Dolor de pecho
- Latidos cardíacos irregulares
- Palpitaciones
- Hinchazón de tobillos

ENDOCRINO/METABÓLICO:

- Intolerancia al calor o frío
- Control deficiente de la diabetes

HEMATOLÓGICO/LINFÁTICO:

- Se hace moretones con facilidad
- Sangrado

CUTÁNEO:

- Sarpullido
- Lunares
- Llagas
- Bolitas
- Incisiones de curación

PSICOSOCIAL/DE LA CONDUCTA:

- Depresión
- Ansiedad
- Problemas para dormir

SENOS/MAMAS:

- Bolita en el seno
- Dolor de seno
- Secreción en pezones

SÓLO MUJERES:

- Flujo vaginal
- Sangrado vaginal anormal
- Relaciones sexuales dolorosas

GASTROINTESTINAL:

- Pérdida del apetito
- Vómitos
- Diarrea
- Sangrado rectal
- Náusea
- Dolor abdominal
- Estreñimiento
- Heces fecales alquitranadas (negras)

GENITOURINARIO:

- Decoloración de la orina
- Sangre en la orina
- Ardor al orinar
- Dolor al orinar
- Orina con frecuencia
- Falta de control de la vejiga

MUSCULOESQUELÉTICO:

- Hinchazón con dolor

NEUROLÓGICO:

- Dolor de cabeza
- Pérdida de memoria después de
convulsión
- Temblores por vértigo
- Problemas de equilibrio
- Debilidad
¿Dónde? _____
- Entumecimiento
¿Dónde? _____
- Hormigueo
¿Dónde? _____

SÓLO HOMBRES:

- Disfunción eréctil
- Bolita en los testículos
- Secreción del pene
- Dolor de mama
- Dolor testicular
- Hinchazón
- Bolitas

DOLOR:

- ¿Dónde? _____

¿Qué tan intenso es su dolor?

- 0: Inexistente (Sin dolor)
- 1-2: Tolerable
(tolerable sin medicamentos)
- 3-4: Soportable
(restringe/evita algunas actividades
requiere medicamentos)
- 5-6: Casi intolerable
(sedentario, sólo puede ver TV, leer, etc.)
- 7-8: Intolerable
(no puede leer, ver TV, usar el
teléfono, necesita ir a la sala de
urgencias por analgésicos)
- 9-10: Devastador
(necesita hospitalización para
controlar el dolor)

Revisión de sistemas (continuación)

Por favor complete todo lo que corresponda:

GINECOLOGICO:

1. Edad del primer período: _____
2. Age of menopausia: _____
3. Número de embarazos: _____
4. Número de nacimientos: _____
5. ¿Uso de anticonceptivos orales? Si o No: _____
 - a. ¿Cuánto tiempo?: _____
 - b. Cuando se detuvo: _____
6. ¿Uso de hormonas? Si o No: _____
 - a. ¿Cuánto tiempo?: _____
 - b. ¿Cuándo se detiene?: _____

¿Alguna historia de enfermedad autoinmune?

- Lupus: _____
- Esclerodermia: _____
- Artritis reumatoide (activa): _____
- Trastorno del tejido conectivo: _____
- Esclerosis múltiple: _____
- Diabetes Tipo 1: _____
- Problemas con la tiroides: _____

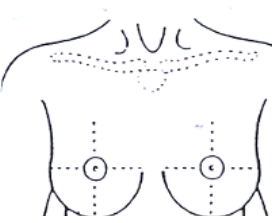
Última visita dental _____

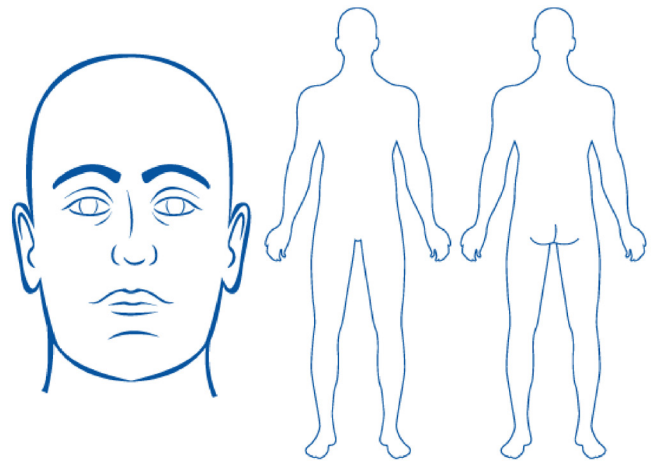
- Nombre del dentista: _____
- Número de teléfono del dentista: _____

Examen físico

Esta sección será contestada por el enfermero o proveedor de cuidados médicos.

Nivel de actividad _____ Modo: Ambulatorio _____ Silla de rueda _____ Camilla _____
 Estatura _____ (pies y pulgadas) Peso _____ (libras) Presión/Arterial _____ P _____ R _____ T _____
 Saturación O2 _____ %

| | |
|-------------------------------|---|
| GENERAL | |
| OJOS, OÍDOS, NARIZ Y GARGANTA | |
| CUELLO | |
| PULMONES | |
| CARDÍACO | |
| SENOS/MAMAS |  |
| ABDOMEN | |
| EXTREMIDADES | |
| MUSCULOESQUELÉTICO | |
| ÓRGANOS GENITALES | |
| NEUROLÓGICO | |
| LINFÁTICO | |



| | |
|-------------------|-------------|
| EVALUACIÓN | PLAN |
| | |

Firma del proveedor: _____

Fecha: _____ / _____ / _____
 Rev. May 2017