



PATIENT INFORMATION/**INFORMACION DEL PACIENTE** *Este formulario se llenará en la primera consulta.*

Name/**Nombre** _____ DOB/ **Fecha de nacimiento** ____/____/_____
Sex/**Sexo**: M F SS#/ **Número de seguro social** ____-____-_____
Marital /**Estado Civil**: M/Casado S/Soltero Spouse/**Nombre de Cónyuge** _____
D/Divorciado W/Envuaidado

Address/**Dirección** _____ Ciudad/**Estado/Código Postal** _____
Ph/# de Tel. _____ Celular _____ Wk/# de Trabajo _____
E-Mail/**Correo electrónico** _____ Race/**Nacionalidad** _____

PHYSICIAN INFORMATION/**INFORMACION DE SU DOCTOR**

Ref./**¿Cuál Dr. lo refirió?** _____ PCP/**Dr. Regular** _____
Add./**Dirección del Dr.** _____ Add./**Dirección del Dr.** _____
Cd./Estado/Código Postal _____ Cd./Estado/Código Postal _____
Ph/# de Tel. _____ Ph/# de Tel. _____

EMERGENCY CONTACT INFORMATION/**INFORMACION DE SU CONTACTO DE EMERGENCIA**

Nombre _____ Relation/**Parentesco** _____
Add./**Dirección** _____ Tel./# de Tel. _____

PATIENT EMPLOYMENT INFORMATION/**INFORMACION DE SU EMPLADO** (si le aplica)

Occ/**Tipo de trabajo** _____ Emp/**Empleador** _____
Emp Tel./# de trabajo _____ PT/**Medio Tiempo** _____ FT/**Tiempo completo** _____

SPOUSE'S EMPLOYMENT INFORMATION/**INFORMACION DE SU CONYUGE** (si le aplica)

Emp/**Empleador** _____ Tel./# de Tel. _____

INSURANCE INFORMATION/**INFORMACION SOBRE SU SEGURO MEDICO**

Policyhldr/**¿Bajo quién está el seguro?** _____ ID# _____ Grp/**# de Grupo** _____

If Policyholder is not patient/**Fecha de nacimiento de quien tiene el seguro** : DOB ____/____/____

SS#/**# de Seguro Social** ____-____-____

Ins. Name/**Nombre de su seguro** _____ Add./**Dirección** _____

Secondary Insurance/**Seguro Secundario**:

Policyhldr/**¿Bajo quién está el seguro?** _____ ID# _____ Grp/**# de Grupo** _____

If Policyholder is not patient/**Fecha de nacimiento de quien tiene el seguro**: DOB ____/____/____

SS#/**Número de seguro Social** ____-____-____

Ins. Name/**Nombre de su seguro** _____ Add./**Dirección** _____

Cancer Ins/**¿Tiene seguro de cáncer?** Y/Sí _____ NO _____

Itemized copy?**/Ocupo una cuenta detallada de esta cita** Y/Sí _____ NO _____

Visit list for mileage reimbursement/**Ocupo una lista de citas para recibir un reembolso** Y/Sí _____ NO _____

Firma _____ Fecha _____



FAVOR DE DEJARNOS SABER SI HAY ALGUN CAMBIO EN SU SEGURO MEDICO. ¡GRACIAS!

PERMISSION TO DISCLOSE INFORMATION TO THOSE INVOLVED IN MY CARE
PERMISO PARA COMPARTIR MI INFORMACION PARA PERSONAS ENVUELTAS EN MI CUIDADO MEDICO

I hereby allow Central Care, P.A. to disclose the following Protected Health Information:
Doy mi permiso a Central Care, P.A. para compartir mi siguiente información médica:

- Appointment times and dates/Lista de citas con fechas
Tests that have been received/Lista de exámenes
Test results/Resultados de exámenes
Other health information/Otra información

To the following people because they are involved with my healthcare or payment:
A las siguientes personas porque están envueltas en mi cuidado o en el pago de mi cuidado:

- Self /Paciente
Spouse/Cónyuge Nombre: # de Tel:
Fam Friend/Amigo Nombre: # de Tel:
Child/Hijo Nombre: # de Tel:
Other/Otro Nombre: # de Tel:

In the following forms of communication/De las siguientes maneras:

- Home telephone/Teléfono de casa
Work telephone/Teléfono de trabajo
Home voice messaging system/Máquina de recado
Work voice messaging system/ Máquina de recado -trabajo
Cellular phone/Celular
Other/Otro

Patient Signature/Firma del paciente Date/Fecha

CONSENTIMIENTO Y CONDICIONES PARA EL TRATAMIENTO

Central Care Cancer Center y Heartland Oncology, LLC serán aquí denominados “El Centro de Cáncer”. Cualquier doctor que me esté proveyendo cuidado médico o tratamiento, incluyendo consultas, durante el curso de mi tratamiento, será denominado como “doctor(es)” en este formulario.

- 1. CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO:** Reconociendo que tengo un diagnóstico que requiere tratamiento médico, doy mi consentimiento y autorizo tratamiento médico, análisis de sangre, y otros procedimientos médicos que me haga mi doctor o cualquier otra persona incluyendo otros doctores, asistentes, y otras personas que estén asistiendo en mi tratamiento. Además, reconozco que no se me ha hecho ninguna garantía en cuanto al éxito de mi evaluación o tratamiento en el Centro de Cáncer.
- 2. DISTRIBUCION DE MI INFORMACION:** Doy consentimiento para que mi información médica se comparta mediante mis doctores y sus asistentes en forma de fax, verbal, fotocopia, datos cifrados, otras clínicas o instituciones a donde se me haya referido para evaluación y agencias o doctores que se han envuelto en mi cuidado. También autorizo que El Centro de Cáncer comparta mi información con mi aseguradora o cualquier compañía que esté pagando mi cuenta, asistiendo para pagar mi cuenta, o cualquier fundación que esté revisando mi caso y para poder procesar mis cuentas por medio del Centro de Cáncer y sus doctores para mi cuidado médico y tratamiento que se me rendirá. No culparé al Centro de Cáncer, sus doctores y asistentes, si mi información cae en otras manos de forma accidental.
- 3. AVISO DE PRIVACIDAD, DERECHOS DEL PACIENTE Y POLIZAS FINANCIERAS:** Reconozco que se me ha dado la oportunidad de recibir una copia y/o se me han dado instrucciones para leer el Aviso de Privacidad/Derechos del Paciente y Pólizas Financieras; y que puedo ver estos documentos en cualquier momento, ya que me son disponibles en el área de espera y en el sitio cccancer.com.
- 4. AUTORIZACION DE MEDICARE/MEDICAID:** Doy autorización para que el Centro de Cáncer, sus doctores y sus asistentes; compartan mi información con Medicare y/o Medicaid, Administración de Seguro Social y/o sus intermediarios, organizaciones de revisiones y cualquier información que sea requerido para un caso de Medicare y/o Medicaid. Pido que los beneficios autorizados para mi cuidado médico y tratamientos, consultas o cualquier cuidado que se me ha dado se hagan a mi nombre y se paguen directamente al Centro de Cáncer. Atestiguo que la información que se me ha dado en cuanto a la aplicación para beneficios bajo el Título XVII y el Título XIX del Acta de Seguro Social, es correcta.
- 5. ASIGNACION DE BENEFICIOS DEL SEGURO:** Doy permiso para que cualquier pago que se haga para los servicios que he recibido en el Centro de Cáncer o ayuda que se me esté brindando, se asigne directamente al Centro de Cáncer. Entiendo que no todos mis cargos se pagarán mediante esta asignación, por lo que afirmo pagar la totalidad mis cargos médicos que no se cubran mediante mi aseguradora, fundaciones o cualquier ayuda que esté recibiendo.
- 6. CERTIFICACION PREVIA/AUTORIZACION PARA EL SEGURO:** Es mi responsabilidad obtener certificación previa y/o autorización para servicios profesionales que mi aseguradora requiera. Entiendo que si recibo tratamiento, análisis de sangre, o cualquier otro servicio sin certificación o autorización, seré personalmente responsable por el costo de estos servicios profesionales si mi aseguradora se niega a pagar.
- 7. SERVICIOS AUXILIARES:** Usted podrá recibir servicios médicos auxiliares en el Centro de Cáncer, tales como: citas telemédicas, laboratorios, imagen (Ej: Tomografías), interpretación de exámenes y patologías. Al firmar debajo, Ud. acepta que algunos proveedores de salud no proveerán servicios en su presencia, pero están activamente involucrados en el curso del diagnóstico y tratamiento. Ud. autoriza el pago directamente por estos servicios bajo su póliza o plan de seguro. Usted podrá incurrir en cargos adicionales como resultado de estos servicios auxiliares, por lo que acepta pagar por todos los cargos con respecto a los servicios mencionados excedan los beneficios que le haya cubierto su compañía de seguro o algún tercero.

8. **GARANTIA DE PAGO:** La persona que firme debajo, si es cónyuge, la persona bajo quien está la póliza de seguro, o persona responsable; en caso de no ser el paciente que está recibiendo los servicios médicos, considerando los servicios que se han dado al paciente ya identificado, da garantía de pago a los cargos médicos para estos servicios, incluyendo los cargos del Centro de Cáncer y sus doctores.

MI FIRMA A CONTINUACIÓN INDICA QUE LA INFORMACIÓN QUE HE PROPORCIONADO ES CORRECTA Y VERÍDICA; HE LEIDO EL PRESENTE ACUERDO Y MUESTRO ENTERA COMPRENSIÓN DEL MISMO.

Nombre del Paciente

Fecha

Firma del Paciente

Si Ud. no es el paciente, indique su relación y razón para firmar por el paciente.

Firma del familiar o Guardián

Firma de cónyuge, Tenedor de póliza o Aval

Testigo/Traductor



MEDICARE SECONDARY PAYER QUESTIONNAIRE/MEDICARE ASEGURANZA SECUNDARIA

Name/Nombre _____ Date/Fecha _____

- 1) Are you a Veteran? / ¿Es veterano?
VA refer you here? / ¿Lo refirieron de la clínica de veteranos?
VA "Fee Basis ID Card"? / ¿Tiene tarjeta "Fee Basis ID Card"?
2) Federal Black Lung Card? / ¿Tiene tarjeta federal de "pulmón negro"?
3) Condition due to accident? / ¿Se debe su condición a un accidente?
4) Are you currently working? / ¿Está trabajando actualmente?
5) Do you have insurance through work? / ¿Tiene aseguranza mediante su trabajo?
6) Spouse currently working? / ¿Trabaja su cónyuge actualmente?
7) Insurance spouse's wk? / ¿Tiene aseguranza mediante el trabajo de su cónyuge?
8) Reason eligible for Medicare / Por favor escoga la razón por la cual califica para Medicare:

Patient or Representative Signature/Firma del paciente o persona responsable

"YES" to questions 1 or 2, continue / Si contestó con un "sí" a las preguntas 1 y 2, favor de seguir...

Veterans Administration (VA) Auth Info/Información de administración de veteranos

Authorize us to bill the VA? / ¿Nos da autorización para cobrarle al VA? _____ Sí _____ No

Black Lung Insurance Information/Información sobre aseguranza de pulmón negro

Benefits under the Dept of Labor's Black Lung Program? / ¿Recibe beneficios del programa para pulmón negro del departamento de labor _____ Sí _____ No

Patient or Representative Signature/Firma del paciente o persona responsable



PATIENT HEALTH HISTORY/Historia de salud del paciente

Name/Nombre: _____ Date/Fecha: _____

DOB/Fecha de nacimiento: _____ Read & Write English/¿Lee y escribe el inglés?: Sí/No

Diagnosis/Diagnóstico: _____

Nsg Home/¿Está en un asilo de ancianos?: _____ Skilled Care/¿Cuidado Crítico?: _____

Reason for Visit/Razón por su cita: _____

Name of PCP/Nombre de su médico de cabecera: _____

Other Physicians involved in Care/Otros doctors que lo atienden: _____

ALLERGIAS: allergic to medications/¿Tiene alergia a algún medicamento? Sí/No If yes/¿A Cuales?:

| <u>Med/Medicamento</u> | <u>Reaction/Tipo de reacción</u> |
|------------------------|----------------------------------|
| | |
| | |
| | |

Had contrast dye/¿Le han dado tinte de contraste en el pasado? Sí/No

Allergic contrast dye/¿Es alérgico al colorante de contraste (se le inyecta para CT scan)? Sí/No

Type of Reaction/Tipo de reacción _____

CURRENT MEDICATIONS/Medicamentos actuales: Please list the medications, vitamins, or herbal supplements that you are presently taking below/Por favor apunte todos sus medicamentos, vitaminas, o medicamentos naturales que esté tomando actualmente:

PAST MEDICAL HISTORY/HISTORIA MEDICA:

Diagnosed with cancer before/¿Ya lo habían diagnosticado con cáncer anteriormente? Sí/No

Describe/¿Que tipo de cáncer y cuándo?: _____

Radiation/Cobalt or Chemo/¿Le han dado tratamientos de radiación/Cobalt, o quimioterapia? Sí/No

Describe/¿Cuál, cuándo, dónde?: _____

Blood or platelet transfusion/**¿Ha recibido transfusiones de plaquetas o de sangre?** Sí/No

Date of last transfusion/**Fecha de su última transfusión** _____

CHECK YOUR PHYSICAL ABILITY USING KARNOFSKY SCALE/**POR FAVOR ESCOJA SU NIVEL ACTUAL DE ACTIVIDAD:**

- 20% Very sick, hospitalized, active support needed/**Muy enfermo, internado en el hospital, ocupa asistencia**
- 30% Severely disabled need hospitalization death not imminent/**Severamente discapacitado, ocupo que me internen, mi muerte no es inminente.**
- 40% Disabled, needs special care and assistance/**Descapacitado/Ocupo cuidado especial y asistencia**
- 50% Requires frequent medical help and considerable assistance/**Frecuentemente ocupo ayuda médica y ayuda**
- 60% Able to care for most needs, requires occasional help/**Yo me encargo de la mayoría de mis necesidades, a veces ocupo ayuda**
- 70% Unable to do active work, but able to care for self/**No puedo trabajar seglarmente, pero no ocupo ayuda con mi cuidado personal**
- 80% Normal activity, but requires effort/**Puedo hacer actividades normales, pero con esfuerzo**
- 90% Normal, only minor symptoms/**Puedo hacer actividades normales, me molestan un poco mis síntomas**
- 100% Normal, no complaints/**Puedo hacer todas mis actividades normales, no tengo síntomas**

Please **check** the items that apply to your medical history/**Márque con un "x" sus problemas médicos:**

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Diabetes/ Diabetes | <input type="checkbox"/> Hepatitis |
| <input type="checkbox"/> (COPD)/ Enfermedad crónica de obstrucción pulmonar | <input type="checkbox"/> Gastrointestinal bleed/ Sangrado estomacal,intestinos |
| <input type="checkbox"/> (CHF)/ insuficiencia cardíaca congestiva | <input type="checkbox"/> Acid reflux/ Acidez |
| <input type="checkbox"/> (CAD)/ enfermedad de la arteria coronaria | <input type="checkbox"/> Blood disorder/ Enfermedades de la sangre |
| <input type="checkbox"/> Pacemaker/ Marcapasos/Tarjeta "Defib-Provide" | <input type="checkbox"/> Sickle cell disease/ Células falciformes |
| <input type="checkbox"/> Cardiac arrhythmia/ Palpitaciones irregulares | <input type="checkbox"/> History of blood clots/ Historia de cuábulos de sangre |
| <input type="checkbox"/> History of heart attack/ Ataque al corazón | <input type="checkbox"/> Arthritis/ Artritis |
| <input type="checkbox"/> Tuberculosis | <input type="checkbox"/> Thyroid disease/ Enfermedades del tiroides |
| <input type="checkbox"/> Peripheral vascular disease (PVD)/ Enfermedad vascular | <input type="checkbox"/> Kidney disease/ Enfermedades de los riñones |
| <input type="checkbox"/> Pulmonary embolism/ Coágulos en los pulmones | <input type="checkbox"/> Joint replacement/metal in body/ Reemplazo de coyuntura/Metal en su cuerpo |
| <input type="checkbox"/> Emphysema/ Enfisema | <input type="checkbox"/> Other/ Otro _____ |
| <input type="checkbox"/> High blood pressure/ Alta presión | _____ |
| <input type="checkbox"/> Stroke/ Embolio | _____ |
| <input type="checkbox"/> Liver disease/ Enfermedad del hígado | |
| <input type="checkbox"/> Gallbladder disease/ Problemas con su vesícula | |

Gynecological (female)/Ginecológico (Mujeres)

Age at onset of menses/**Edad en que comenzó su regla:** _____

Date of last menstrual cycle/**Fecha del primer día de su última regla:** _____

pregnancies/**Número de embarazos:** _____ Living **Hijos vivos:** _____ Miscarriages/**Abortos espontáneos:** _____

PAST SURGICAL HISTORY/HISTORIA DE CIRUGIAS: *Por favor apunte sus cirugias en las líneas abajo:*

| <u>Operación</u> | <u>Date/Fecha</u> | <u>Hospital</u> |
|------------------|-------------------|-----------------|
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |

PREVENTIVE CARE AND SCREENING/**Cuidado preventivo, por favor apunte la fecha de su última:**

Mammografía _____ **PAP/Papanicolao/Exámen pélvico** _____

PSA/Estudio de sangre de la próstata _____ **Colonoscopia** _____

Flu/Inyección contra la gripa _____

SOCIAL HISTORY/Historia Social:

Marital/**Estado Civil:** Soltero / M Casado / W Viuda / Divorciado living will/**Tiene un último testamento** Sí/No

Last Year of School Completed/**Cuál fue el último grado que terminó en la escuela:** _____

Ocupación: (Actual) _____ (Past/**Pasado**) _____

Children/**Hijos (Sexo y Edades)** _____

Siblings/**Hermanos (Sexo y Edades)** _____

Home Support/**Tiene apoyo en Casa:** Sí/No

Stress Level/**Nivel de estrés:** Low/Moderate/High **Bajo/Moderado/Alto**

HABITS/HABITOS:

Cig/**Cigarrillos:** _____ paquetes/día _____ yrs/años Quit/**Cuándo paró?** _____

Alcohol: _____ #/# de bebidas (**Escoja una**): por day/día wk/semana mo/mes

Rec drugs/**Drogas recreacionales:** _____

Exposure chemicals/**Expuesto a químicos tóxicos:** Sí/No _____

HEALTHY HABITS/HABITOS SALUDABLES:

Dietary Habits/**Hábitos dietéticos:** _____

Exercise Routine/**Rutina de ejercicio** _____

Religious Preference/**Preferencia religiosa:** _____

PAST INJURIES/HISTORIA DE LESIONES Por favor apunte todas las lesiones severas que ha tenido:

Injury/Lesión

Date/Fecha

Treatment/Tratamiento

| <u>Injury/Lesión</u> | <u>Date/Fecha</u> | <u>Treatment/Tratamiento</u> |
|----------------------|-------------------|------------------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

FAMILY HISTORY/HISTORIA DE FAMILIA: Por favor apunte una lista de diagnósticos de cáncer o enfermedades de sangre, suyos y de su familia inmediata (abuelos, padres, hermanos, e hijos).

Rltshp/Parentesco Type/Tipo de cancer/Enfermedad Age at Dx/Edad cuando se les diagnosticó

| <u>Rltshp/Parentesco</u> | <u>Type/Tipo de cancer/Enfermedad</u> | <u>Age at Dx/Edad cuando se les diagnosticó</u> |
|--------------------------|---------------------------------------|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Parental Status/Estado de sus padres:

Mother/**Madre** – *Circúle:* Living/**Viva** o Deceased/**Fallecida**;

Si fallecida, apunte causa de muerte y edad _____

Father/**Padre** – *Circúle:* Living/**Vivo** o Deceased/**Fallecido**;

Si fallecido, apunte causa de muerte y edad _____

Dgtrs/**# de Hijas** _____ # Sons/**# de Hijos:** _____

Sibling Status/Estado de sus hermanos:

Sisters/**# de Hermanas:** _____ # Brothers/**# de Hermanos:** _____

GENERAL/ GENERAL:

- Weight loss/**Pérdida de peso**
- Weight gain/**Ha subido de peso**
- Fever/**Calentura**
- Night sweats/**Sudores de noche**
- Walker/wheelchr/**Silla de ruedas/andador**
- Assist w/activities/**Requiero asistencia/ayuda**

EYE/OJOS:

- Blurred vision/**Ve borroso**
- Swelling of eye/**Inflamación del ojo/s**
- Contacts/glasses/**Contactos o lentes**
- Cataracts/surgery/**Cataratas o cirugía**
- Double vision/**Ve doble**
- Eye pain/**Dolor en el ojo**
- Watery eyes/**Ojos llorosos**
- Impaired vision/**Vista dañada**
- Legally blind/**Legalmente ciego**
- Traumatic injury of the eye/**Lesión al ojo**
- Optom/Ophthal/**Nombre de oculista:** _____

CARDIOVASCULAR:

- Chest pain/**Dolor en el pecho**
- High blood pressure/**Alta presión**
- Low blood pressure/**Baja presión**
- Palpitations/**Palpitaciones**
- Swelling/**Inflamación**
- Syncope/fainting/**Mareos, desmayos**
- Cardio/**Cardiólogo:** _____

RESPIRATORY/VÍAS RESPIRATORIAS:

- Asthma/**Asma**
- Bronchitis/**Bronquitis**
- Chest pain/**Dolor en el pecho**
- Chest wall trauma/**Lesión al pecho**
- Cough/**Toz**
- Shortness of breath /**Le falta aire al respirar**
- Coughing up blood/**Toziendo sangre**
- Pneumonia/**Pulmonía**
- Wheezing/**Ronquido en el pecho**
- Oxygen/**Usa oxígeno**
- Pulmonologist/**Pulmonólogo** _____

BREAST/SENOS:

- Underarm pain/**Dolor en la axila**
- Breast mass/**Bulto en su seno**
- Breast tenderness/**Seno sensible**
- Change in size/**Cambio en tamaño**
- Change in shape/**Cambio en forma**

- Swelling of breast/**Inflamación de los senos**
- Breast MRI/**MRI de su senos (radiografía con imanes)**
- Breast Ultrasound/**Ultrasonido de sus senos**

ENT/MOUTH/OÍDOS, OJOS, NARÍS, BOCA:

- Thrush/**Parches blancas en la boca**
- Congestion/**Congestion nasal**
- Trouble swallowing/**Dificultad con tragar**
- Earache/**Dolor de oído**
- Ear infection/**Infección en el oído**
- Nose bleed/**Sangrado nasal**
- Gum bleeding/**Sangrado de encillas**
- Hay fever/**Alergias anuales**
- Hearing loss/**Pérdida de audición**
- History of dental problems/**Historia de problemas dentales**
- Hoarseness/**Voz ronca**
- Nasal discharge/**Catarro**
- Nasal obstruction/**Obstucción nasal**
- Oral dryness/**Resequedad de la boca**
- Oral ulcers/**Úlceras en la boca**
- Painful swallowing/**Dolor al tragar**
- Upper respiratory infection/**Infección de vías respiratorias**
- Runny nose/**Desecho nasal**
- Sinus pain/**Dolor sinusal**
- Sore throat/**Dolor de garganta**
- Tonsillitis/**Inflamación de las anginas**
- Ringing in ears – **Tinnitus/Zumbido en oídos**
- Dizziness/**Mareos**
- Dentures/**Placas dentales**
- Last Dental Appt:/**Ultima cita con su dentist:** _____
- Dentist/**Nombre de dentista:** _____

GASTROINTESTINAL:

- Abdominal bloating/ **Inflamación abdominal**
- Abdominal cramping/**Cólicos abdominales**
- Abdominal pain/**Dolor de abdomen**
- Blood in stool/**Sangre en excremento**
- Change in bowel movements/**Cambio en excremento**
- Constipation/**Estreñimiento**
- Diarrhea
- Indigestion
- Fullness/**Se siente lleno con poca comida**
- Stool incontinence/ **Incontinencia fecal**

- ___ Flatulence/ **Flatulencia**
- ___ Heartburn/**Acidez**
- ___ Vomiting blood – Hematemesis/ **Vomito con sangre**
- ___ Hemorrhoids/ **Hemorroides**
- ___ Loss of appetite – Anorexia/ **Falta de apetito**
- ___ Nausea
- ___ GERD
- ___ Ulcers/ **Úlceras**
- ___ Vomiting/ **Vómitos**
- ___ Difficulty swallowing – Dysphagia/ **Dificultad al tragar**
- ___ Painful swallowing – Odynophagia/ **Dolor al tragar**

FEMALE GYNECOLOGICAL/
GINECOLÓGICO:

- ___ Abnormal bleeding/**Sangrado anormal**
- ___ Abnormal menstrual periods/ **Periodos irregulares**
- ___ Change in menses/**Cambio en la menstruación**
- ___ Dry vaginal mucosa/**Mucosa vaginal seca**
- ___ Pain during period – Dysmenorrhea/**Dolor durante el periodo**
- ___ Painful intercourse – Oyspareunia/ **Sexso doloroso**
- ___ Pelvic pain/**Dolor en el pélvico**
- ___ Rash/ **Sarpullido**
- ___ Post-coital bleeding – Bleeding After Sex/ **Sangre despues del sexso**
- ___ Spotting/ **Manchas de sangre**
- ___ Vaginal discharge/ **Flujo vaginal**
- ___ Vaginal itching/ **Comezón vaginal**
- ___ Last Gynecology Appt/ **Ulitma sita con su ginecologo** : _____

MALE GENITOURINARY / UROGENITALES
MASCULINAS:

- ___ Catheter/ **Catéter**
- ___ Groin skin changes/ **Cambios en la piel de la ingle**
- ___ Impotence/ **Impotencia**
- ___ Scrotal swelling/ **Inflamación del escroto**
- ___ Straining to urinate/ **Dificultad para orinar**
- ___ Testicular mass/ **Masas escrotales**
- ___ Testicular/scrotal pain/ **Dolor testicular/escrotoal**

- ___ Blood in semen/ **Sangre en el semen**
- ___ Last Urology Appt/ **Ultiam sita con su Urologo** : _____
- ___ Urologist/**Urologo**: _____

GENITOURINARY / GENITOURINARIAS:

- ___ Bladder spasm/pain/ **Espasmo/dolor en la vejiga**
- ___ Burning with urination/ **Ardor al orinar**
- ___ Cloudy urine/ **Orina turbia**
- ___ Dark urine/ **Orina oscura**
- ___ Difficulty urinating/ **Dificultad al orinar**
- ___ Foul smelling urine/ **Orina con mal olor**
- ___ Blood in urine/ **Sangre en la orina**
- ___ Urinating at night – Nocturia/ **Orinar durante la noche**
- ___ Low urine output – Oliguria/ **Disminución del gasto urinario**
- ___ High urine output – Polyuria/ **Cantidad excesiva de micción**
- ___ Urinary hesitancy/ **Dificultad para comenzar a orinar**
- ___ Incontinence/ **Incontinencia urinaria**
- ___ Urinary tract infection/ **Infección del tracto urinario**

MUSCULOSKELETAL:

- ___ Walk with walker/cane/ **Uso de baston**
- ___ Joint pain – Arthralgia/ **Dolor en las articulaciones**
- ___ Back pain/ **Dolor de espalda**
- ___ Bone pain/ **Dolor en los huesos**
- ___ Fracture/ **Fractura**
- ___ Joint swelling/ **Inflamación de las articulaciones**
- ___ Joint redness/ **Enrojecimiento de las articulaciones**
- ___ Limited joint movement/**Movimiento limitado en las articulaciones**
- ___ Muscle weakness/ **Debilidad muscular**
- ___ Muscle pain – Myalgia/ **Dolor muscular**
- ___ Neck/back trauma/ **Trauma en el cuello o en la espalda**
- ___ Spine tenderness/**Sensibilidad en la columna**

SKIN/PIEL:

- ___ Hair loss – Alopecia/ **Perdida de cabello**
- ___ Change in nail appearance/ **Cambio en la apariencia de uñas**
- ___ Dry skin/ **Piel reseca**

- ___ Redness – Erythema/ **Enrojecimiento de la piel- Eritema**
- ___ Itching without rash/ **Comeson sin sarpullido**
- ___ Yellow skin/ **Piel Amarilla**
- ___ Itching/ **Comeson**
- ___ Rash/ **Sarpullido**
- ___ Skin color change/ **Cambio en el color de piel**
- ___ Skin lesions/ **Lesiones en la piel**
- ___ Skin cancer/ **Cáncer de piel**
- ___ Excessive sun exposure/ **Excesiva exposición solar**
- ___ Sunburns easily/ **Quemarse facilmente**
- ___ Tans easy/ **Broncerar facilmente**
- ___ Dermatologist/ **Dermatologo:**_____

NEUROLOGICAL:

- ___ Language difficulty – Aphasia/ **Problemas para hablar**
- ___ Loss of energy – Asthenia/ **Decaido**
- ___ Involuntary body movement – Ataria/ **Movimiento corporal involuntario**
- ___ Blackout/ **Desvanecimiento**
- ___ Confusion
- ___ Dizziness/ **Mareado/a**
- ___ Drowsiness/ **Somnolencia**
- ___ Falls/ **Caidas**
- ___ Headache/ **Dolor de cabeza**
- ___ Hiccups/ **Hipo**
- ___ Memory loss/ **Pérdida de memoria**
- ___ Numbness/ **Entumecimiento**
- ___ Pain/ **Dolor**
- ___ Seizures/ **Convulsiones**
- ___ Speech change/
- ___ Fainting/ **Desmayo**
- ___ Tingling - Paresthesia / **Sensación de hormigueo**

HEMATOLOGIC:

- ___ Anemia
- ___ Bleeding disorder/ **Trastorno de sangre**
- ___ Easy bruising/ **Tendencia a la formación de moretones**
- ___ Nose bleed – Epistaxis/ **Sangrar por la nariz**

- ___ Excessive bleeding on tooth extraction/ **Sangrar en exceso al sacar un diente**
- ___ Fatigue/ **Fatiga**
- ___ Increased bleeding/ **Sangre a aumentado al sangrar**

LYMPHATIC:

- ___ Swollen lymph nodes / **Ganglios linfáticos inflamados**
- ___ Painful lymph nodes/ **Dolor en los ganglios linfáticos**
- ___ Autoimmune disease/ **Enfermedad autoinmune**

ENDOCRINE:

- ___ Sensitive to cold/ **Sensibilidad al frio**
- ___ Sensitive to heat/ **Sensibilidad al calor**
- ___ Hot flashes, menopausal/ **Bochornos relacionados a la menopausia**
- ___ Hot flashes, unrelated to menopause/ **Bochornos**
- ___ Increased sweating/ **Aumento de sudor**
- ___ Excessive thirst – Polydipsia/ **Sed excesiva**
- ___ Tremor/ **Temblor**
- ___ Weight gain/ **Aumento de peso**
- ___ Weight loss / **Pérdida de peso**

PSYCHIATRIC:

- ___ Anxiety/ **Ansiedad**
- ___ Hallucinations/ **Alucinaciones**
- ___ Depression/ **Depresion**
- ___ Mood swings/ **Cambios de humor**
- ___ Nervousness/ **Nerviosismo**
- ___ Poor concentration/ **Poca consentracion**
- ___ Sleep disorder/ **Trastorno del sueño**
- ___ Suicidal attempts/thoughts/ **Ideas o intentos de suicidio**
- ___ Psychiatrist/ **Psiquiatra:**_____

ALLERGY:

- ___ Eczema
- ___ Frequent infections/ **Infecciones frecuentes**
- ___ Pollen allergies/ **Alergia al polen**
- ___ Recurrent sinus infections/ **Sinusitis recurrente**
- ___ Recurrent skin infections/ **Infección de la piel recurrente**
- ___ Recurrent hives/ **Ronchas recurrentes**

INFORMACION ADICIONAL (ADDITIONAL INFORMATION):

Yo certifico que la información que llene en la forma anterior es correcta según mi conocimiento. No responsabilizaré a mi médico o a ningún miembro de su personal por los errores o omisiones que pueda haber cometido al llenar este formulario

(I certify that the above information is correct to the best of my knowledge. I will not hold my doctor or any members of his/her staff responsible for any errors or omissions that I may have made in the completion of this form.)

Firma del paciente Patient's Signature

Fecha Date

Nurse's Signature

Date

Physician's Signature

Date

For Nurse to complete:

Height: _____ Weight: _____ Vital Signs: _____

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____

Fecha: _____



CANCER CENTER CANCER CENTER

Por favor llene el presente formulario para ayudarnos a proveerle el mejor cuidado posible.

ME SIENTO BIEN – NO TENGO PREOCUPACIONES EN ESTE MOMENTO

Califique cada uno de los siguientes haciendo un círculo alrededor del número que representa su nivel de preocupación:

- 1- No es un problema 2- Problema ligero 3- Problema moderado
 4- Problema severo 5- Problema muy severo

Circule el “SÍ”, si desea que un miembro de nuestro personal lo contacte.

| | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|----|
| Problemas relacionados con el trabajo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | SÍ |
| Cuentas Médicas/Aseguranza | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | SÍ |
| Alojamiento | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | SÍ |
| Transporte | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | SÍ |
| Tristeza/Depresión | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | SÍ |
| Ansiedad, preocupación o miedo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | SÍ |
| Dificultad para enfrentar situaciones | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | SÍ |
| Preocupaciones espirituales/religiosas | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | SÍ |
| Insomnio | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | SÍ |
| Nutrición/Dietista | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | SÍ |

Firma del paciente: _____

Su doctor llenará la siguiente información: (To Be Completed by Physician:)

Comments: _____

Refer To (Please Circle): Dietitian Financial Counselor Social Worker Home Health Chaplain
 Hospice Emotional Health Palliative Care Support Group

Physician Initial: _____

Date: _____

Formulario de Autorización por Correo Electrónico del Usuario Portal del paciente: My Care Plus

My Care Plus, el Portal del Paciente (el "Portal") le ofrece un acceso cómodo y seguro a su expediente de salud personal. Como paciente, usted tiene el control de su expediente almacenado en el Portal y no activaremos su cuenta personal a menos que usted nos autorice a hacerlo. Actualmente el portal My Care Plus, el proceso de inscripción y los recursos educativos están disponibles únicamente en inglés.

Debido a que su información de identificación personal y otra información sobre su salud e historia médica está disponible a través del Portal, es muy importante que mantenga la privacidad de su contraseña. No comparta su contraseña con otras personas ni la anote en un lugar fácilmente accesible a otros.

Si decide no firmar este formulario de autorización por correo electrónico del usuario, no podrá acceder al Portal. Si decide presentar este formulario, usted comprende que está brindando su consentimiento para que le enviemos por correo electrónico un vínculo exclusivo que usará para crear una contraseña y acceder al Portal. **Recibirá un correo electrónico de My Care Plus inmediatamente después de enviar este formulario.** Para su protección, el vínculo está diseñado para caducar rápidamente si no se utiliza. Si usted cambia su dirección de correo electrónico, por favor comuníquese con el consultorio de su médico a fin de proporcionarle su nueva información de contacto de correo electrónico para poder seguir recibiendo actualizaciones y otra información pertinente acerca del Portal y su expediente. Por favor elija una dirección de correo electrónico a la que no puedan acceder personas que no sean de su confianza. Si desea suspender su uso del Portal, por favor comuníquese con el consultorio de su médico.

Términos

Usted está recibiendo acceso al Portal, y los términos y condiciones del Portal se aplicarán a este formulario de autorización por correo electrónico del usuario. Por favor escriba de manera legible.

Nombre del paciente
(Nombre, inicial del segundo nombre, apellido)

Dirección de correo electrónico del paciente/usuario
autorizado

Fecha de nacimiento del paciente

Nombre del médico

Authorized User is:

- Paciente
- Representante del paciente

Nombre del representante del paciente
(en letra de imprenta)

Firma del representante del paciente

Número de expediente médico del paciente

Firma del paciente

Fecha

Firma del personal del consultorio
[confirma la identidad y autoridad del usuario]

Fecha

Note to Staff: Accept this form only when the identity and authority of the signing person has been confirmed, and the signing person (i.e., the Patient's Designated User) understands and agrees to use the listed email address for this purpose. Please make a copy for patient.

| | |
|---------------------------|-------------------|
| Staff Use Only: | MRN _____ |
| Email in PMS or iKM _____ | iKM Consent _____ |