



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/Envuado

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](http://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? \_\_\_\_\_Sí \_\_\_\_\_No  
VA refer you here?/ ¿Lo refirieron de la clínica de veteranos? \_\_\_\_\_Sí \_\_\_\_\_No  
VA "Fee Basis ID Card"?/¿Tiene tarjeta "Fee Basis ID Card"? \_\_\_\_\_Sí \_\_\_\_\_No
- 2) Federal Black Lung Card?/¿Tiene tarjeta federal de "pulmón negro?" \_\_\_\_\_Sí \_\_\_\_\_No
- 3) Condition due to accident/¿Se debe su condición a un accidente? \_\_\_\_\_Sí \_\_\_\_\_No  
If yes/¿Dónde ocurrió su accidente?: \_\_\_\_\_wk/trabajo \_\_\_\_\_auto \_\_\_\_\_home/casa \_\_\_\_\_other/otro
- 4) Are you currently working?/¿Está trabajando actualmente? \_\_\_\_\_Sí \_\_\_\_\_No  
\_\_\_\_\_FT/Tiempo completo \_\_\_\_\_PT/Medio tiempo \_\_\_\_\_retired/Jubilado
- 5) Do you have insurance through work?/¿Tiene aseguranza mediante su trabajo? \_\_\_\_\_Sí \_\_\_\_\_No
- 6) Spouse currently working?/¿Trabaja su cónyuge actualmente? \_\_\_\_\_Sí \_\_\_\_\_No  
\_\_\_\_\_FT/Tiempo completo \_\_\_\_\_PT/Medio tiempo \_\_\_\_\_retired/Jubilado \_\_\_\_\_N/A/No me aplica
- 7) Insurance spouse's wk?/¿Tiene aseguranza mediante el trabajo de su cónyuge? \_\_\_\_\_Sí \_\_\_\_\_No
- 8) Reason eligible for Medicare/Por favor escoga la razón por la cual califica para Medicare:  
\_\_\_\_\_ age 65>/65 años o mayor \_\_\_\_\_disabled/Descapacitado  
\_\_\_\_\_end stage renal/Enfermedad de riñon de último nivel.

\_\_\_\_\_  
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).

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

<u>Rltnshp/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 Amarrilla**
- \_\_\_ 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.

<b>Staff Use Only:</b>	MRN _____
Email in PMS or iKM _____	iKM Consent _____