

INFORMACION DEL PACIENTE/Patient Information: *Este formulario se llenara en la primera consulta:*

Nombre/Name: _____ Fecha de nacimiento/DOB: ____/____/____

Estado Civil/Marital Status: **M/Casado** **S/Soltero** **D/Divorciado** **W/Envuado** **Sexo/Sex:** **M** **F**

Numero de seguro social/SSN: _____ Correo electronico/Email: _____

Direccion/Address: _____ Ciudad, Estado,Codigo Postal/City, State, Zip: _____

de Tel/Phone: _____ Celular/Cell: _____ #de Trabajo/Work: _____

Empleador/Employer: _____ Estado de Empleo/Employment Status: _____

Raza/Race: _____ Etnicidad/Ethnicity: _____

Idioma preferida/Preferred Language: _____

INFORMACION DE SU DOCTOR/PHYSICIAN INFORMATION

¿Cuál Dr. lo refirió?/Ref. _____

Dr. de cabecera/PCP: _____

Dirección del Dr./Add.: _____

Dirección del Dr./Add.: _____

Estado/Código Postal/Cd.: _____

Estado/Código Postal/Cd.: _____

de Tel. /Ph. _____

de Tel. /Ph.: _____

DIRECTRICES ANTICIPADAS/ADVANCED DIRECTIVES

Tiene usted un ultimo testamento?/Living Will **Si** **No** Tiene un acarta de poder?/DPOA **Si** **No**

**** En caso afirmativo, por favor traiga una copia con ud. en su siguiente cita ****

INFORMACION SOBRE SU SEGURO MEDICO/INSURANCE INFORMATION

Nombre de su seguro/Ins. Name: _____ Direccion/Add.: _____

¿Quien es el asegurado?/Policyhldr: _____ ID# _____ # de Grupo/Grp: _____

Fecha de nacimiento del asegurado/DOB Policyhldr: ____/____/____ #de Seguro Social/SSN: _____

SEGURO SECUNDARIO/SECONDARY INSURANCE

Nombre de su seguro/Ins. Name: _____ Direccion/Add.: _____

Nombre del asegurado/Policyhldr: _____ ID# _____ # de Grupo/Grp: _____

Fecha de nacimiento del asegurado/DOB Policyhldr: ____/____/____ #de Seguro Social/SSN: _____

SI MEDICARE ES SEGURO SECUNDARIO/MCARE SECONDARY

- | | | | | |
|--|----|--------------------------|----|--------------------------|
| 1. Trabaja de tiempo completo con beneficios/Work FT w/bene: | Si | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> |
| 2. Tiene seguro mediante su conyuge/Ins through spouse: | Si | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> |
| 3. Recibe Medicare debido a insuficiencia renal/End stage renal: | Si | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> |
| 4. Tiene tarjeta de pulmon negro/Black Lung Card: | Si | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> |

Si contesto si, califica para beneficios mediante el programa pulmon negro, ofrecido mediante el dpto de labor?

Si No

5. Es veterano quien ha sido referido para recibir tratamiento en nuestra clinica/Veteran: **Si** **No**

SEGURO PARA MEDICINAS RECETADAS/RX INSURANCE

Nombre del seguro/Name: _____ Direccion/Address: _____

Nombre del asegurado/Policyhldr: _____ ID# _____ # de Grupo/Grp: _____

SEGURO DE CANCER/CANCER INSURANCE

Nombre del seguro/Name: _____

Ocupo una cuenta detallada de los cargos de la cita de hoy/ Itemized Bill: Si No

Firma del paciente o guardian legal/Signature: _____ Fecha/Date: _____

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

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

- _____ **Lista de citas con fechas/Appointment times and dates**
- _____ **Resultados de exámenes/Test Results**
- _____ **Información acerca de mis cargos medicos/Billing Info**
- _____ **Otra informacion/Other health information**

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

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

De las siguientes maneras/By the following: Favor de recordarme de mis citas mediante/Appt. Reminders:

- | | |
|---|--|
| _____ Teléfono de casa/Home Telephone | _____ Correo electrónico/Email |
| _____ Teléfono de trabajo/Work Telephone | _____ Mensaje de texto(celular)/Txt |
| _____ Correo de voz/Home Voicemail | _____ Correo de voz/Voicemail |
| _____ Correo de voz-trabajo/Work Voicemail | _____ No quiero recordatorios/None |
| _____ Celular/Cell | |
| _____ Otro/Other _____ | |

Firma del paciente/Signature

Fecha/Date

Nombre en letra de molde/Printed Name

Fecha de nacimiento/DOB

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 toda mi información médica sea compartida entre mis doctores y sus asistentes en forma de fax, verbal, fotocopia, datos cifrados, expediente de tratamientos de cáncer, registro de vacunas, todo historial médico realizado en otras clínicas o instituciones a donde se me haya referido para evaluación, agencias o doctores que han participado en mi cuidado. También autorizo que El Centro de Cáncer comparta mi información con mi aseguradora o cualquier compañía que esté pagando mi cuenta, y/o asistiendo para pagar mi cuenta, o cualquier fundación que esté revisando mi caso para poder procesar mis cuentas por medio del Centro de Cáncer y sus doctores para mi cuidado médico y tratamiento que se me aplique. 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. Atestigo 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 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

HISTORIA DE SALUD DEL PACIENTE/ Patient Health History

Nombre/Name: _____ Fecha/Date: _____

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

Diagnostico/Diagnosis: _____

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

Razón por su cita/Reason for visit: _____

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

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

ALLERGIAS: ¿Tiene alergia a algún medicamento?/Allergic to medications: Si No If YES/ ¿A Cuales?:

Medicamento/Med: _____ Tipo de reaccion/Reaction: _____

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

¿Es alérgico al colorante de contraste (se le inyecta paraCT scan)?/Allergic? Si No

Tipo de reacción/Type of Reaction: _____

Medicamentos actuales/Current Medications: *Por favor apunte todos sus medicamentos, vitaminas, o medicamentos naturales que esté tomando actualmente:*

HISTORIA MEDICA/Medical History:

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

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

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

¿Cuál, cuándo, dónde?/Describe: _____

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

Fecha de su última transfusion/Date of last transfusion: _____

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

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

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

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Diabetes/Diabetes | <input type="checkbox"/> Hepatitis |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar obstructive cronica/COPD | <input type="checkbox"/> Sangrado estomacal o intestinal/
Gastrointestinal bleed |
| <input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca congestiva/CHF | <input type="checkbox"/> Acidez/Acid Reflux |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de la arteria coronaria/CAD | <input type="checkbox"/> Enfermedades de la sangre/Blood Disorder |
| <input type="checkbox"/> Marcapasos/Tarjeta "Defib-Provide"/Pacemaker | <input type="checkbox"/> Células falciformes/Sickle Cell Disease |
| <input type="checkbox"/> Palpitaciones irregular/Cardiac Arrhythmia | <input type="checkbox"/> Historia de cuábulos de sangre/History of blood clots |
| <input type="checkbox"/> Ataque al corazón/History of heart attack | <input type="checkbox"/> Artrítis/Arthritis |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad vascular/Peripheral vascular disease (PVD) | <input type="checkbox"/> Enfermedades del tiroides/Thyroid Disease |
| <input type="checkbox"/> Coábulos en los pulmones/Pulmonary embolism | <input type="checkbox"/> Reemplazo de coyuntra/Metal en su cuerpo/Joint replacement/Metal in body |
| <input type="checkbox"/> Enfisema/Emphysema | <input type="checkbox"/> Alta presión/High blood pressure |
| <input type="checkbox"/> Embolio/Stroke | <input type="checkbox"/> Enfermedad del hígado/Liver Disease |
| <input type="checkbox"/> Problemas con su vesícula/Gallbladder Disease | |
| <input type="checkbox"/> Otro/Other _____ | |

Ginecológico (Mujeres)/Gynecological (Female)

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

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

Número de embarazos/# of pregnancies: ___ **Hijos vivos/Living:** ___ **Abortos espontáneos/Miscarriages:** ___

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

Operación:

Fecha/Date:

Hospital:

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

Mammografía/Mammogram: _____

Papanicolao/Exámen pélvico/PAP: _____

Estudio de sangre de la próstata/PSA: _____

Colonoscopia/Colonoscopy: _____

Inyección contra la gripa/FLU: _____

HISTORIA SOCIAL/SOCIAL HISTORY:

Estado Civil/Martial: S/Soltero M/Casado D/Divorciado W/Enviudado

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

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

Tiene apoyo en Casa/Home Support: Si No

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

HABITOS/HABITS:

Cigarrillos/Cigs: _____ paquetes/día/packs/day: _____ años/yrs: _____ Cuándo paró?/Quit: _____

Alcohol: _____ # de bebidas (*Escoja una*): Dia/Day Semana/wk Mes/Month

Drogas recreacionales/Rec Drugs: _____

Expuesto a químicos tóxicos/Exposure chemicals: Si No _____

HABITOS SALUDABLES/HEALTHY HABITS:

Hábitos dietéticos/Dietary Habits: _____

Rutina de ejercicio/Exercise Routine: _____

Preferencia religiosa/Religious Preference: _____

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

Lesión/Injury

Fecha/Date

Tratamiento/Treatment

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

<u>Parentesco/Relationship</u>	<u>Tipo de cancer/Enfermedad/Type</u>	<u>Edad cuando se les diagnostico/Age at Dx</u>

Madre/Mother: Viva/Living Fallecida/Deceased
 Si fallecida, apunte causa de muerte y edad/Cause of death: _____
 Padre/Father: Viva/Living Fallecida/Deceased
 Si fallecido, apunte causa de muerte y edad/Cause of death: _____
 Hijos (Sexo y Edades)/Children: _____
 Hermanos (Sexo y Edades)/Siblings: _____

REVISION DE SISTEMAS/REVIEW OF SYSTEMS: Favor de marcar con un "x" sus síntomas actuales

GENERAL:

- ___ Pérdida de peso/Weight Loss
- ___ Ha subido de peso/Weight Gain
- ___ Calentura/Fever
- ___ Sudores de noche/Night Sweats
- ___ Silla de ruedas/andador/Walker/Wheelchair
- ___ Requiero asistencia/ayuda/Assist w/ activities

OJOS/EYES:

- ___ Ve borroso/Blurred Vision
- ___ Inflamación del ojo/s/Swelling of eye
- ___ Contactos o lentes/Contacts/Glasses
- ___ Cataratas o cirugía/Cataracts/Surgery
- ___ Ve doble/Double Vision
- ___ Dolor en el ojo/Eye Pain
- ___ Ojos llorosos/Watery Eyes
- ___ Vista dañada/Impaired Vision
- ___ Legalmente ciego/Legally Blind
- ___ Lesión al ojo/Traumatic injury of eye
- ___ Nombre de oculista/Optom/Ophthal: _____

CARDIOVASCULAR:

- ___ Dolor en el pecho/Chest Pain
- ___ Alta presión/High blood Pressure
- ___ Baja presión/Low blood pressure
- ___ Palpitaciones/Palpatation

CARDIOVASCULAR (CONT.)

- ___ Inflamación/Inflammation
- ___ Mareos, desmayos/Syncope/fainting
- ___ Cardiólogo/Carido: _____

VÍAS RESPIRATORIAS/RESPIRATORY:

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

SENOS/BREAST:

- Dolor en la axila/Underarm pain
- Bulto en su seno/Breast Mass
- Seno sensible/Breast tenderness
- Cambio en tamaño/Change in size
- Cambio en forma/Change in shape
- Inflamacion de los senos/Swelling of breast
- MRI de su senos (raigrafia con imanes)/Breast MRI
- Ultrasonido de sus senos/Breast ultrasound

OIDOS, NARIS, BOCA/ENT/MOUTH

- Parches blancas en la boca/Thrush
- Congestion nasal/Congestion
- Dificultad con tragar/Difficulty Swallowing
- Dolor de oído/Earache
- Infección en el oído/Ear infection
- Sangrado nasal/Nose Bleed
- Sangrado de encillas/Gum bleeding
- Alergias anuales/Hay Fever
- Pérdida de audición/Hearing loss
- Historia de problemas dentales/History of Dental problems
- Voz ronca/Hoarseness
- Catarro/Nasal Discharge
- Obstrucción nasal/Nasal Obstruction
- Resequedad de la boca/Oral Dryness
- Úlceras en la boca/Oral Ulcers
- Dolor al tragar/Painful swallowing
- Infeccion de vias respiratorias/Upper respiratory infection
- Desecho nasal/Runny nose
- Dolor sinusal/Sinus Pain
- Dolor de garganta/Sore Throat
- Inflamación de las anginas/Tonsillitis
- Tinnitus/Zumbido en oidos/Ringing in ears
- Mareos/Dizziness
- Placas dentales/Dentures
- Ultima cita con su dentista/Last dentist appt:

Nombre de dentista/Name of Dentist:

GASTROINTESTIONAL:

- Inflamacion abdominal/Abdominal bloating
- Colicos abdominales/Abdominal cramping
- Dolor de abdomen/Abdominal pain
- Sangre en excremento/Blood in stool
- Cambio en excremento/Change in bowel movements
- Estrenimiento/Constipation

GASTROINTESTIONAL (CONT.)

- Diarrhea/Diarrhea
- Indigestion/Indigestion
- Se siente lleno con poca comida/
Fullness
- Incontinencia fecal/Stool
inconsistence
- Flatulencia/Flatulence
- Acidez/Heartburn
- Vomito con sangre/Vomiting
blood
- Hemorroides/Hemorrhoids
- Falta de apetito/Loss of appetite
- Nausea
- GERD
- Úlceras/Ulcers
- Vómitos/Vomiting
- Dificultad al tragar/Difficulty
swallowing
- Dolor tragar/Painful swallowing

FEMALE GINECOLOGICO:

- Sangrado anormal/Abnormal
bleeding
- Periodos irregulares/Abnormal
menstrual periods
- Cambio en la menstruacion/
Change in mensus
- Mucosa vaginal seca/Dry vaginal
mucosa
- Dolor durante el periodo/Pain
during period
- Sexo doloroso/Painful intercourse
- Dolor en el pelvico/Pelvic Pain
- Sarpullido/Rash
- Sangre despues del sexo/Bleeding
after sex
- Manchado de sangre/Spotting
- Flujo vaginal/Vaginal Discharge
- Comezón vaginal/Vaginal Itching
- Ultima cita con su ginecologo/Last
Gynecology Appt: _____

UROGENITALES MASCULINAS/MALE GENITOURINARY

- Catéter/Catheter
- Cambios en la piel de la ingle/Groin skin changes
- Impotencia/ Impotence
- Inflamación del escroto/Scrotal swelling
- Dificultad para orinar/Straining to urinate
- Masas escrotales/Testicular Mass
- Dolor testicular /scrotal/Tesitcular/Scrotal Pain
- Sangre en el semen/Blood in semen
- Ultima cita con su Urologo/Last Urology Appt:

Urologo/Urologist: _____

GENITOURINARIAS/GENITOURINARY:

- Espasmo/dolor en la vejiga/Bladder spasm/pain
- Ardor al orinar/Burning with urination
- Orina turbia/Cloudy urine
- Orina oscura/Dark urine
- Dificultad al orinar/Difficulty urinating
- Orina con mal olor/Foul smelling urine
- Sangre en la orina/Blood in urine
- Orinar durante la noche/Urinating at night
- Baja produccion de orina/Low urine output
- Alta produccion de orina/High urine output
- Dificultad para comenzar a orinar/Urinary hesitancy
- Incontinencia urinaria/Incontinence
- Infeccion del tracto urinario/Urinary tract infection

MUSCULOSKELETAL:

- Uso de baston/Walk with walker/cane
- Dolor en las articulaciones/Joint pain-Arthralgia
- Dolor de espalda/Back pain
- Dolor en los huesos/Bone pain
- Fractura/Fracture
- Inflamacion de las articulaciones/Joint swelling
- Enrojecimiento de las articulaciones/Joint redness
- Movimiento limitado en las articulaciones/Limited joint Movement
- Desmayo/Fainting
- Debilidad muscular/Muscle weakness
- Dolor muscular/Muscle pain
- Trauma en el cuello o en la espalda/Neck/Back Trauma
- Sensibilidad en la columna/Spine tenderness

PEIL/SKIN:

- Perdida de cabello/Hair loss/Alopecia
- Cambio en la apariencia de unas/Change in nail appearance
- Piel reseca/Dry Skin
- Enrojecimiento de la piel-Eritema/Redness/Erythema

PIEL/SKIN (CONT.)

- Comeson sin sarpullido/Itching w/o rash
- Piel amarilla/yellow skin
- Comeson/Itching
- Sarpullido/Rash
- Cambio en el color de piel/Skin color change
- Lesiones en la piel/Skin lesions
- Cancer de piel/Skin Cancer
- Excesiva exposicion solar/Excessive sun exposure
- Quemarse facilmente/Sunburn easily
- Se broncea facilmente/Tans easy
- Dermatologo/Dermatologist:

NEUROLOGICAL:

- Problemas para hablar/Language difficulty
- Decaido/Loss of energy
- Movimiento corpora involuntario/Involuntary body movement
- Desvanecimiento/Blackout
- Confusion
- Mareado/a/Dizziness
- Somnolencia/Drowsiness
- Caidas/Falls
- Dolor de cabeza/Headache
- Hipo/Hiccups
- Pérdida de memoria/Memory Loss
- Entumecimiento/Numbness
- Dolor/Pain
- Convulsiones/Seizures
- Cambio en su habla/Speech change
- Sensacion de hormigueo/Tingling

HEMATOLOGIC:

- Anemia
- Trastorno de sangre/Bleeding disorder
- Tendencia a la formacion de moretones/Easy brusing
- Sangrado nasal/Nosebleed

HEMATOLOGIC (CONT.)

- Sangrar en exceso al sacar un diente/Excessive Bleeding on tooth extraction**
- Fatiga/Fatigue**
- Sangrado excesivo/Increased Bleeding**

LYMPHATIC:

- Ganglios linfaticos inflamados/Swollen lymph nodes**
- Dolor en los ganglios linfaticos/Painful lymph nodes**
- Enfermedad autoimmune/Autoimmune disease**

ENDOCRINE:

- Sensibilidad al frio/ Sensitive to cold**
- Sensibilidad al calor/Sensitive to heat**
- Bochornos relacionados a la menopausia/ Hot flashes/menopause**
- Bochornos/Hot flashes-unrelated to menopause**
- Aumento de sudor/Increased sweating**
- Sed excesiva/Excessive thirst**
- Tremblores/Tremor**
- Aumento de peso/Weight gain**
- Perdida de peso/Weight loss**

PSYCHIATRIC:

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

ALLERGY:

- Eczema**
- Infecciones frecuentes/Frequent infections**
- Sinusitis recurrente/Recurrent sinus infections**
- Infeccion de la piel recurrente/ Recurrent skin infections**
- Ronchas recurrentes/Recurrent hives**

INFORMACION ADICIONAL (ADDITIONAL INFORMATION):

Yo certifico que la información que llene en la forma anterior es correcta según mi conocimiento. No culpare a mi médico o a ningún miembro de su personal por los errores o omisiones que pude 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 Signature

Fecha/Date

Nurse's Signature

Date

Physician's Signature

Date

For Nurse to Complete:

Height: _____ Weight: _____ BP _____/_____ P _____ R _____ Temp _____ O2 _____

CUESTIONARIO DE SALUD DEL PACIENTE (PHQ-9)

Nombre: _____

Fecha: _____

Durante las últimas 2 semanas, ¿cada cuando ha experimentado los siguientes problemas?

	<i>Nunca</i>	<i>Varios días</i>	<i>Más de la mitad de los días</i>	<i>Casi todos los días</i>
Poco interés o placer en hacer cosas	0	1	2	3
Se ha sentido decaído, deprimido, o sin esperanzas	0	1	2	3
Dificultad para dormirse, permanecer dormido, o que duerma demasiado	0	1	2	3
Se siente cansado o con poca energía	0	1	2	3
Falta de apetito, o comer en exceso	0	1	2	3
Se ha sentido mal consigo mismo, que es un fracaso, o que se ha decepcionado a sí mismo o a su familia	0	1	2	3
Dificultad para concentrarse en cosas, como leer el periódico o mirar televisión	0	1	2	3
Se ha movido o hablado tan lentamente que otras personas podrían haberlo notado. O al contrario, estar tan inquieto y desesperado que ha empezado a moverse mucho más de lo normal	0	1	2	3
Pensamientos de que estaría mejor muerto, o pensamientos de lastimarse de alguna manera	0	1	2	3

Si marcó algún problema, ¿cuánto le han dificultado hacer su trabajo? (Circule uno)

De ninguna manera

Un poco

Mucho

Extremadamente mucho

Sumar columnas _____ + _____ + _____