

INFORMACION DEL PACIENTE/PATIENT INFORMATION: *Este formulario se llenara en la primera consulta*

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

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

Seguro Social/SSN: _____ Correo electronico/Email: _____

Direccion/Address: _____

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

de Tel/Phone: _____ Celular/Cell: _____

de Trabajo/Work: _____ Idioma preferida/Preferred Language: _____

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

Raza/Race: _____ Etnicidad/Ethnicity: _____

INFORMACION DE SU DOCTOR/PHYSICIAN INFORMATION:

¿Cuál Dr. lo refirió?/Referring Dr.: _____ Dr. de cabecera/PCP: _____

Ciudad, Estado/City, State: _____ Ciudad, Estado/City, State: _____

de Tel/Phone: _____ # de Tel/Phone: _____

DIRECTRICES ANTICIPADAS/ADVANCED DIRECTIVES

¿Tiene usted un ultimo testamento?/Living Will? Si No ¿Tiene una carta 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 *Traiga todas las tarjetas del seguro.

Seguro Primario/Primary Insurance:

Nombre de su seguro/Ins. Name _____

Direccion/Add. _____

Nombre del asegurado/Policyhldr _____ ID# _____ # de Grupo/Group _____

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

Seguro Secundario/Secondary Insurance:

Nombre de su seguro/Ins. Name _____

Direccion/Add. _____

Nombre del asegurado/Policyhldr _____ ID# _____ # de Grupo/Group _____

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

*Si Medicare es Secundario/*If Medicare is secondary:

1. ¿Trabaja de tiempo completo con beneficios?/Do you work full time with insurance benefits? Si No
2. ¿Tiene seguro mediante su conyuge?/Do you receive insurance thru spousal employer? Si No
3. ¿Recibe Medicare debido a insuficiencia renal?/Do you receive Medicare due to: End Stage Renal Disease?
Si No ¿Debido a la discapacidad?/Due to Disability? Si No
4. ¿Tiene tarjeta de pulmon negro?/Do you have a Federal Black Lung Card? Si No
Si contesto si, califica para beneficios mediante el programa pulmon negro, ofrecido mediante el dpto de labor?/If YES,
are you entitled to benefits under the Department of Labor's Black Lung Program? Si No
5. ¿Es veterano quien ha sido referido para recibir tratamiento en nuestra clinica?/Are you a Veteran referred here for
treatment? Si No ¿Tiene tarjeta "VA Fee Basis ID"?/VA Fee Basis ID Card? Si No
En caso afirmativo, ¿nos da autorización para cobrarle al VA?/YES, authorize us to bill the VA? Si No

Seguro de prescripcion (si es diferente al anterior)/Prescription Insurance (if different from above):

Nombre de su seguro/Ins. Name _____

Direccion/Add. _____

Nombre del asegurado/Policyholder _____ ID# _____ # de Grupo/Group _____

Seguro De Cancer/Cancer Insurance:

Nombre de su seguro/Ins. Name _____

Ocupo una cuenta detallada de los cargos de la cita de hoy/Will you need an itemized bill? Si No

Firma del paciente o guardian legal/Patient or Legal Guardian Signature

Fecha/Date

PERMISO PARA COMPARTIR MI INFORMACION CON 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 Dates and Times
- Resultados de exámenes / Tests Results
- Información acerca de mis cargos medicos / Billing Information
- 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 / Family Friend Nombre: _____ # de Tel: _____
- Hijo / Child Nombre: _____ # de Tel: _____
- Hijo / Child Nombre: _____ # de Tel: _____
- Otro / Other Nombre: _____ # de Tel: _____
- Otro / Other Nombre: _____ # de Tel: _____

Mediante los siguientes medios de comunicación:
 In the following forms of communication:

- Teléfono de casa / Home Telephone
- Teléfono de trabajo / Work Telephone
- Correo de voz / Home Voicemail
- Correo de voz-trabajo / Work Voicemail
- Celular / Cellular Phone
- Otro / Other _____

Por favor envíeme recordatorios de mis citas mediante:
 Please send appointment reminders via:

- Correo electrónico / Email
- Mensaje de texto (celular) / Text (cell phone)
- Correo de voz / Voice Message
- No quiero recordatorios / None

Firma del paciente / Patient 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. 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.
- 3. 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.
- 4. 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.
- 5. 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.
- 6. CONSENTIMIENTO PARA RECUPERAR HISTORIA MEDICINAL:** DOY MI AUTORIZACIÓN el Centro de Cáncer, sus doctores, asistentes y personal pueda tener acceso y uso de mi historial de medicamentos recetados de otros proveedores de atención médica y / o terceros en el pago de beneficios de farmacia involucrados en mi tratamiento. Entiendo que mi historia de prescripción múltiple de otros proveedores médicos, compañía de seguros, y gerentes de benéfico farmacéutico, va ser visible a mi actual proveedor y, así como prescripción de años pasados. Reconozco que el Centro de Cáncer puede utilizar el sistema de intercambio de información de salud para transmitir o recibir electrónicamente, y/o tener acceso a mi historia de prescripción. Entiendo que este consentimiento va a ser válido y permanecerá en efecto mientras yo recibo servicios del Centro de Cáncer.
- 7. 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.

CONTINUA EL CONSENTIMIENTO Y LAS CONDICIONES DEL TRATAMIENTO...

8. **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.
9. **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 usted no es el paciente, indique su parentesco,
y razón por la cual firmó por el paciente

Firma del familiar o Guardián

Firma de cónyuge, Titular 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: _____

¿Vive en un asilo de ancianos?/Nursing Home Status: _____

¿Cuidado Crítico?/Skilled Care: _____

Razón por su cita/Reason for Visit: _____

Nombre de su médico de cabecera/Name of Primary Physician: _____

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

ALLERGIAS ¿Tiene alergia a algún medicamento?/allergic to any medications? Si No ¿A Cuales?/If yes
Medicamento/Medication **Tipo de reaccion/Type of Reaction**

¿Le han dado tinte de contraste en el pasado?/Have you had contrast dye? Si No

¿Es alérgico al colorante de contraste (se le inyecta para CT scan)?/Allergic to contrast dye? 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 PASADA/PAST MEDICAL HISTORY:

¿Ya lo habían diagnosticado con cáncer anteriormente?/Have you ever been diagnosed with cancer before?

Si No

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

¿Le han dado tratamientos de radiación/Cobalt, o quimioterapia?/Were you ever treated with Radiation/Cobalt or Chemotherapy? Si No

¿Cuál, cuándo, dónde?/Describe: _____

¿Ha recibido transfusiones de plaquetas o de sangre?/Have you ever had a blood or platelet transfusion?

Si No

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

¿Alguna vez le han diagnosticado diabetes?/Have you ever been diagnosed with Diabetes?

Si No Type I Type II

¿Tiene claustrofobia?/Are you claustrophobic? Si No

POR FAVOR ESCOJA SU NIVEL ACTUAL DE ACTIVIDAD/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, needs 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 for 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 signs and 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"/> Problemas con su vesícula/Gallbladder Disease |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis/Hepatitis | <input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar obstructiva/(COPD) |
| <input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca congestive/(CHF) | <input type="checkbox"/> Enfermedad de la arteria coronaria/(CAD) |
| <input type="checkbox"/> Células falciformes/Sickle Cell Disease | <input type="checkbox"/> Sangrado estomacal o intestinal/Gastrointestinal Bleed |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad del hígado/Liver Disease | <input type="checkbox"/> Marcapasos/Tarjeta "Defib-Provide"/Pacemaker/Defib-Provide Card |
| <input type="checkbox"/> Acidez/Acid Reflux | <input type="checkbox"/> Enfermedades de la sangre/Blood Disorder |
| <input type="checkbox"/> Ataque al corazón/History of Heart Attack | <input type="checkbox"/> Palpitaciones irregulares/Cardiac Arrhythmia |
| <input type="checkbox"/> Embolia/Stroke | <input type="checkbox"/> Historia de cuábulos de sangre/History of Blood Clots |
| <input type="checkbox"/> Tuberculosis/Tuberculosis | <input type="checkbox"/> Enfermedad vascular/Peripheral Vascular Disease (PVD) |
| <input type="checkbox"/> Artrítis/Arthritis | <input type="checkbox"/> Enfermedades del tiroides/Thyroid Disease |
| <input type="checkbox"/> Nefropatia/Kidney Disease | <input type="checkbox"/> Coágulos en los pulmones/Pulmonary Embolism |
| <input type="checkbox"/> Enfisema/Emphysema | <input type="checkbox"/> Alta presión/High Blood Pressure |
| <input type="checkbox"/> Reemplazo de coyuntra/Metal en su cuerpo/Joint Replacement/Metal in Body | |
| <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/PAST SURGICAL HISTORY: Por favor apunte sus cirugias en las líneas abajo:

<u>Operación/Operation</u>	<u>Fecha/Date</u>	<u>Hospital</u>
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

CUIDADO PREVENTIVO/PREVENTIVE CARE AND SCREENING: por favor apunte la fecha de su última:

Mammografía/Mammography: _____ Estudio de sangre de la próstata/PSA: _____

Colonoscopia/Colonoscopy: _____ Inyección contra la gripa/Flu Shot: _____

Papanicolao/Exámen pélvico/PAP smear/Pelvic Exam: _____

Vacunación contra COVID-19/Tipo/COVID Vaccine & Type: _____

HISTORIA SOCIAL/SOCIAL HISTORY:

Estado Civil/Marital Status: Casado/M Soltero/S Envuiado/W Divorciado/D

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

Ocupación/Occupation: _____ Pasado/Past: _____

Tiene apoyo en Casa/Home Support: Si No

HABITOS/HABITS:

Cigarrillos/Cigarettes: _____ paquetes/día pack/day for _____ años years.

Cuándo paró?/When did you quit? _____

Alcohol/Alcohol: _____ # de bebidas/# drinks (Escoja una): per Día/day Semana/week Mes month

Drogas recreacionales/Recreational drugs: _____

Expuesto a químicos tóxicos/Exposure to toxic 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:*

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

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/</u> <u>Relationship to You</u>	<u>Tipo de cancer/Enfermedad/</u> <u>Type of Cancer/Blood Disorder</u>	<u>Edad cuando se les diagnosticó/</u> <u>Age at Diagnosis</u>

Madre/Mother – *Por favor marque uno:* Viva/Living Fallecida/Deceased

Si fallecida, apunte causa de muerte y edad/Cause/age of death: _____

Padre/Father – *Por favor marque uno:* Viva/Living Fallecida/Deceased

Si fallecido, apunte causa de muerte y edad/Cause/age 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:

#1 GENERAL:

- Pérdida de peso/Weight Loss
- Ha subido de peso/Weight Gain
- Calentura/Fever
- Sudores de noche/Night Sweats
- Silla de ruedas/andador/Use Walker/Wheelchair
- Requero asistencia/ayuda/
Require assistance with daily activities

#2 OJOS/EYE:

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

#3 OIDOS, NARIS, BOCA/ENT/MOUTH:

- Parches blancas en la boca/Thrush
- Congestion nasal/Congestion
- Dificultad con tragar/Trouble 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
- Obstrucción nasal/Nasal Obstruction
- Resequedad de la boca/Oral Dryness
- Úlceras en la boca/Oral Ulcers
- Dolor al tragar/Painful Swallowing
- Dolor sinusal/Sinus Pain
- Dolor de garganta/Sore Throat
- Tinnitus/Zumbido en oídos/Ringing in Ears
- Mareos/Dizziness
- Placas dentales/Dentures
- Ultima cita con su dentist/ _____
Last Dental Appt:
- Nombre de dentist/Dentist _____

#4 CARDIOVASCULAR:

- Dolor en el pecho/Chest Pain
- Alta presión/High Blood Pressure
- Baja presión/Low Blood Pressure
- Palpitaciones/Palpitations
- Hinchazón/Swelling
- Mareos, desmayos/Syncope/Fainting
- Cardiólogo/Cardiologist: _____

#5 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/Pneumonia
- Ronquido en el pecho/Wheezing
- Usa oxígeno/Oxygen
- Pulmonólogo/Pulmonologist: _____

#6 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

#7 GASTROINTESTINAL:

- Inflamacion abdominal/Abdominal Bloating
- Colicos abdominals/Abdominal Cramping
- Sangre en excrement/Blood in Stool
- Cambio en excremento/Change in Bowel Movements
- Estrenimiento/Constipation
- Diarrhea
- Indigestion/Indigestion – Dyspepsia
- Incontinencia fecal/Stool Incontinence
- Flatulencia/Flatulence
- Vomitito con sangre/Vomiting Blood – Hematemesis
- Hemorroides/Hemorrhoids
- Falta de apetito/Loss of Appetite
- Nausea
- GERD
- Úlceras/Ulcers
- Vómitos/Vomiting

#8A GENITOURINARIAS/GENITOURINARY:

- Espasmo/dolor en la vejiga/Bladder Spasm/Pain
- Ardor al orinar/Burning with Urination
- Orina turbia/Cloudy Urine
- Orina oscura/Dark Urine
- 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

#8B 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/Testicular/Scrotal Pain
- Sangre en el semen/Blood in Semen
- Ultima cita con su Urologo/ _____
Last Urology Appt:
- Urologo/Urologist: _____

#9 FEMALE GINECOLOGICO/FEMALE GYNECOLOGICAL:

- Sangrado anormal/Abnormal Bleeding
- Periodos irregulares/Abnormal Menstrual Periods
- Cambio en la menstruacion/Changes in Menses
- Mucosa vaginal seca/Dry Vaginal Mucosa
- Dolor durante el period/Pain During Period
- Sexo doloroso/Painful Intercourse – Dyspareunia
- 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:

#10 MUSCULOSKELETAL:

- Uso de bast/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
- Debilidad muscular/Muscle Weakness
- Dolor muscular/Muscle Pain – Myalgia
- Trauma en el cuello o en la espalda/
Neck/Back Trauma
- Sensibilidad en la columna/Spine Tenderness

#11 PEIL/SKIN:

- Perdida de cabello/Hair Loss – Alopecia
- Piel reseca/Dry Skin
- Enrojecimiento de la piel-Eritema/
Redness – Erythema
- 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/Sunburns Easily
- Se broncea facilmente/Tans Easy
- Dermatologo/Dermatologist: _____

#12 NEUROLOGICAL:

- Problemas para hablar/Language Difficulty
- Decaido/Loss of Energy – Asthenia
- Movimiento corpora involuntario/
Involuntary Body Movement – Atari
- 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
- Desmayo/Fainting
- Sensacion de hormigueo/Tingling – Paresthesia
- Neurólogo/Neurologist: _____

#13 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 Attempts/Thoughts**
- Psiquiatra/Psychiatrist: _____**

#14 ENDOCRINE:

- Sensibilidad al frio/Sensitive to Cold**
- Sensibilidad al calor/Sensitive to Heat**
- Bochornos relacionados a la menopausia/Hot Flashes, Menopausal**

#15 LYMPHATIC:

- Ganglios linfaticos inflamados/Swollen Lymph Nodes-Lymphadenopathy**
- Dolor en los ganglios linfaticos/Painful Lymph Nodes**
- Enfermedad autoinmune/Autoimmune Disease**

#16 HEMATOLOGIC:

- Anemia**
- Trastorno de sangre/Bleeding Disorder**
- Tendencia a la formacion de moretones/Easy Bruising**
- Sangrado nasal/Nose Bleed – Epistaxis**
- Sangrado excesivo/Increased Bleeding**
- Sangrar en exceso al sacar un diente/Excessive Bleeding on Tooth Extraction**
- Fatiga/Fatigue**

#17 ALLERGY:

- Eczema**
- Infecciones frecuentes/Frequent Infections**
- Alergias al polen/Pollen Allergies**
- Sinusitis recurrente/Recurrent Sinus Infections**
- Infeccion de la piel recurrente/Recurrent Skin Infections**
- Ronchas recurrentes/Recurrent Hives**

NIVEL DE DOLOR/PAIN LEVEL:

Por favor evalúe su dolor durante los últimos 7 días, del 0-10. 0 = no dolor, 10 = dolor insoportable

- 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

¿En donde siente dolor?/Location of Pain: _____

¿Qué ha hecho/tomado para su dolor?/What have you done for your pain: _____

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 by 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

Firma de la enfermera/Nurse's Signature

Fecha/Date

Firma del medico/Physician's Signature

Fecha Date

Para que el enfermero complete/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?

	Nunca	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
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 ha dificultado hacer su trabajo? (Seleccione Uno:)

- De ninguna manera
 Un poco
 Mucho
 Extremadamente mucho

Sumar Columnas: _____ + _____ + _____