



## Acuse de recibo del resumen de las políticas por parte del paciente

Nombre legal del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del paciente: \_\_\_\_\_ N.º de historia clínica: \_\_\_\_\_

### Reconozco que he recibido una copia de los siguientes documentos:

**Aviso de no discriminación:** La política de Arizona Blood and Cancer Specialists es no discriminar por cuestiones de raza, color, nacionalidad, sexo, edad o discapacidad.

### Procedimiento de quejas:

Arizona Blood and Cancer Specialists ha adoptado un procedimiento interno de quejas para impulsar la resolución rápida y equitativa de reclamos sobre cualquier acción prohibida por el Artículo 1557 de la Ley de Cuidado Asequible (Título 42 del Código de los EE. UU., Artículo 18116) y sus normas de aplicación establecidas en el Título 45 del Código de Regulaciones Federales, parte 92, emitidas por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. El Artículo 1557 prohíbe la discriminación por motivos de raza, color, nacionalidad, sexo, edad o discapacidad en determinados programas de salud y actividades. El Artículo 1557 y sus normas de aplicación se pueden revisar en la oficina de:

**Karen McCormick**  
**Arizona Blood and Cancer Specialists.**  
**3945 E. Paradise Falls Drive, Suite 201**  
**Tucson, AZ 85712**

quien ha sido designada para coordinar los esfuerzos de Arizona Blood and Cancer Specialists para cumplir con el Artículo 1557.

**Política de privacidad:** Arizona Blood and Cancer Specialists se compromete a proteger su privacidad y garantizar que su información de salud se divulgue de forma apropiada. La política de privacidad identifica todos los posibles usos y divulgaciones de su información de salud por parte de nuestro consultorio y explica sus derechos en torno a su información de salud.

### Requisitos de accesibilidad:

Arizona Blood and Cancer Specialists ofrece servicios lingüísticos gratuitos a personas cuyo idioma principal no es el inglés, como los siguientes:

- Intérpretes calificados
- Información escrita en otros idiomas

Consulte la lista adjunta de idiomas disponibles para traducción.

Estos documentos forman parte de su paquete para pacientes nuevos. Puede solicitar otra copia en cualquier momento.

\_\_\_\_\_ he leído o alguien me ha leído este formulario y entiendo que al firmarlo reconozco que he recibido una copia de los siguientes documentos de Arizona Blood and Cancer Specialists: aviso de no discriminación, procedimiento de quejas, política de privacidad y requisitos de accesibilidad.

\_\_\_\_\_ Entiendo que el hecho de no firmar este acuse de recibo no afectará mi posibilidad de obtener atención por parte de Arizona Blood and Cancer Specialists, PLLC.

**Si se necesitan servicios de interpretación, llame al consultorio de su médico con anticipación para que podamos coordinar los servicios de traducción para que estén disponibles al momento de su consulta.**

**Firma del paciente:** \_\_\_\_\_ **Fecha/Hora** \_\_\_\_\_ (seleccione una opción)  A. M.  P. M.  
**(o representante autorizado)**

Médico: \_\_\_\_\_ Iniciales del empleado: \_\_\_\_\_



## Lista de contacto del paciente - contactos según la ley HIPAA y de emergencia

Nombre legal del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del paciente: \_\_\_\_\_ N.º de historia clínica: \_\_\_\_\_

Puede seleccionar diferentes tipos de contactos. Puede designar a una única persona como contacto en virtud de la Ley de Transferencia y Responsabilidad de Seguro Médico (HIPAA, por sus siglas en inglés) y de emergencia, pero también puede designar a personas diferentes, una como contacto en virtud de la ley HIPAA y otra como contacto de emergencia.

Un contacto en virtud de la ley HIPAA es una persona a la cual usted autoriza para que Arizona Blood and Cancer Specialists le divulgue información sobre su afección médica. No es necesario que los médicos que le brindan atención médica estén incluidos como contactos en virtud de la ley HIPAA.

Es importante que brinde un contacto de emergencia. Se trata de una persona a quien usted autoriza para que nuestro personal se contacte con ella en caso de que se le presente una emergencia médica mientras está siendo atendido en nuestro consultorio.

		<b>Tipo de contacto:</b>	
Nombre del contacto:		<input type="checkbox"/> HIPAA	<input type="checkbox"/> De emergencia
Número de teléfono:		Otro teléfono:	
Relación:			

		<b>Tipo de contacto:</b>	
Nombre del contacto:		<input type="checkbox"/> HIPAA	<input type="checkbox"/> De emergencia
Número de teléfono:		Otro teléfono:	
Relación:			

		<b>Tipo de contacto:</b>	
Nombre del contacto:		<input type="checkbox"/> HIPAA	<input type="checkbox"/> De emergencia
Número de teléfono:		Otro teléfono:	
Relación:			

\_\_\_\_ Entiendo que doy mi autorización para que Arizona Blood and Cancer Specialists, PLLC, divulgue mi información de salud personal a las personas mencionadas anteriormente, a quienes he designado como mis contactos en virtud de la ley HIPAA.

\_\_\_\_ Reconozco que he recibido una copia de las prácticas de privacidad de Arizona Blood and Cancer Specialists, PLLC.

\_\_\_\_ Reconozco que tengo derecho a cambiar los contactos en esta lista en cualquier momento, puedo volver a designar el tipo de contacto expresado originalmente, y tengo el derecho de revocar esta lista de contactos.

\_\_\_\_ Reconozco que toda revocación de esta lista debe realizarse por escrito.

\_\_\_\_ He leído o me han leído este formulario y entiendo las consecuencias de mi decisión.

\_\_\_\_ Entiendo que el hecho de no firmar esta autorización no afectará mi posibilidad de obtener atención por parte de Arizona Blood and Cancer Specialists, PLLC.

**Firma del paciente:** \_\_\_\_\_ **Fecha / Hora** \_\_\_\_\_ (seleccione una opción)  A. M.  P. M.  
(o representante autorizado)

Médico: \_\_\_\_\_ Iniciales del empleado: \_\_\_\_\_

## PREFERENCIA Y CONSENTIMIENTO DE COMUNICACIÓN

Además de la entrega por parte del Servicio Postal de los Estados Unidos a mi hogar u otro lugar de residencia según lo dispuesto en el Registro del paciente, otorgo mi consentimiento para que me contacten a través de los siguientes métodos. Entiendo que puedo revocar o modificar este consentimiento en cualquier momento completando el **FORMULARIO DE SOLICITUD DE RESTRICCIÓN DE COMUNICACIÓN**. En el caso de una comunicación requerida por la ley, como, por ejemplo, un aviso de violación, reconozco que el método de comunicación puede ser establecido por la ley.

### Sección A: Método de comunicación

Elija una o más de las siguientes opciones:

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Número residencial: (____)_____                    | Mensajes de voz permitidos: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| <input type="checkbox"/> Número móvil: (____)_____                          | Mensajes de voz permitidos: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| <input type="checkbox"/> No   | Mensajes de texto permitidos: <input type="checkbox"/> Sí                           |
| <input type="checkbox"/> Número laboral: (____)_____                        | Mensajes de voz permitidos: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| <input type="checkbox"/> Número alternativo: (____)_____                    | Mensajes de voz permitidos: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| <input type="checkbox"/> Dirección de correo electrónico: _____             |   |
| <input type="checkbox"/> Dirección de correo electrónico alternativa: _____ |   |

### Sección B: Consentimiento para el uso de correo electrónico o mensajes de texto para recordatorios de citas y otras comunicaciones de atención médica

Los pacientes en nuestro consultorio pueden ser contactados por correo electrónico y/o mensajes de texto por Arizona Blood and Cancer Specialists o sus agentes autorizados para recordarle una cita, para obtener comentarios sobre su experiencia con nuestro equipo de atención médica y para proporcionar recordatorios/información de salud general.

\_\_\_\_ (Iniciales del paciente) Si en cualquier momento proporciono una dirección de correo electrónico o texto en la que me pueden contactar, otorgo mi consentimiento para recibir recordatorios de citas y otras comunicaciones/información de atención médica del Consultorio en esa dirección de correo electrónico o texto.

\_\_\_\_ (Iniciales del paciente) Otorgo mi consentimiento para recibir mensajes de texto del consultorio en mi teléfono móvil y cualquier número desviado o transferido a ese número o correos electrónicos para recibir comunicaciones según lo indicado anteriormente.

\_\_\_\_ (Iniciales del paciente) Entiendo que esta solicitud de recibir correos electrónicos y mensajes de texto aplicará a todos los recordatorios de citas/comentarios/información de salud futuros salvo que solicite un cambio por escrito (*Formulario de solicitud de restricción de comunicación*). El consultorio no cobra por este servicio, pero tarifas estándar de mensajes de texto pueden aplicar



## PREFERENCIA Y CONSENTIMIENTO DE COMUNICACIÓN

según lo dispuesto en su plan de conexión inalámbrica (comuníquese con su proveedor para conocer los planes y detalles de precios).

En algunos casos, se le enviarán correos electrónicos y/o mensajes de texto a través de un formato de comunicación cifrado para garantizar la protección de su información de salud. Si rechaza las comunicaciones cifradas, puede que la comunicación por correo electrónico y/o texto no esté disponible para usted.

**Sección C: Firma: este documento debe estar firmado por el individuo, el padre/madre del menor de edad o el representante personal del individuo.**

Otorgo mi consentimiento para que por Arizona Blood and Cancer Specialists o sus agentes autorizados me contacte según se ha especificado anteriormente. Entiendo que si estoy firmando en nombre de un niño menor de edad, esta solicitud caducará cuando el niño cumpla los 18 años, a menos que exista prueba de la tutela legal.

Firma \_\_\_\_\_

Fecha: dd/mm/aaaa \_\_\_\_\_

Si lo firma un representante personal, complete la información a continuación:

Si está firmando como titular de un poder notarial, tutor legal, albacea o administrador, adjunte una copia de los documentos legales. NO tiene que adjuntar copias de estos documentos si ya se encuentran en los archivos de Arizona Blood & Cancer Specialists.

Nombre del representante personal

Relación con el individuo

Dirección del representante personal

Ciudad, Estado, Código postal

Número de teléfono del representante personal

Dirección de correo electrónico del representante personal (opcional)

# ACCEDA A SU INFORMACIÓN DE SALUD



Se puede acceder fácilmente a CareSpace en su computadora personal, tableta o dispositivo móvil.

Tiene acceso a su información médica las 24 horas al día, los 7 días de la semana.

## **Comuníquese con su equipo de atención.**

CareSpace le brinda un lugar para comunicarse con su equipo de atención en nuestro consultorio y para que se respondan sus preguntas sin problemas.

## **Mantenga a amigos, familiares y cuidadores informados.**

Al invitar a amigos y familiares a su cuenta CareSpace, su equipo de apoyo puede mantenerse informado sobre su plan de tratamiento y su progreso.

## **Descargue y envíe de manera segura su información de salud.**

Desde CareSpace, usted puede enviar de manera segura su información de salud a los proveedores fuera de nuestro consultorio, como su médico de atención primaria.

### **Primeros pasos Siga estos tres pasos para configurar su cuenta.**

- 1.** Revise su correo electrónico para obtener un enlace de registro de CareSpace y nuestro consultorio.
- 2.** Cree una contraseña para su cuenta CareSpace.
- 3.** Inicie sesión con su correo electrónico, contraseña y fecha de nacimiento.

## PREGUNTAS FRECUENTES

### **¿De dónde proviene la información en CareSpace?**

La información en CareSpace proviene de sus registros médicos que se mantienen en nuestro consultorio.

### **¿Puedo ver mis registros médicos de todos mis médicos?**

Su cuenta de CareSpace en nuestro consultorio solo incluirá sus registros médicos de nuestro consultorio. Cualquier análisis de laboratorio, imágenes diagnósticas u otras pruebas deberán verse en el portal para pacientes de los proveedores donde se realizaron los servicios. Solo podrá ver sus registros de nuestro consultorio utilizando las credenciales de inicio de sesión que creó cuando recibió una invitación para unirse a nuestro portal.

Es posible tener cuentas de CareSpace para otros proveedores, pero el consultorio de cada proveedor mostrará únicamente los registros asociados con el consultorio de los mismos. Deberá contactar a cada uno de sus proveedores para que le configuren en su portal para pacientes.

### **¿Quién puede ver mi cuenta?**

Solo usted y las personas que usted invite pueden ver su cuenta. Si invita a alguien a su cuenta de CareSpace, esa persona puede ver toda la información que usted puede ver.

### **¿La información en CareSpace es privada y segura?**

Sí, CareSpace está certificado con los últimos estándares de seguridad, y su información se mantendrá privada y segura. El acceso a CareSpace solo está permitido a usuarios autorizados que hayan sido verificados a través de un proceso de registro.

## ¿NECESITA AYUDA? CONSEJOS PARA REGISTRAR SU CUENTA.

### **Mi enlace de registro ha expirado. ¿Cómo configuro mi cuenta?**

Para asegurarnos de que su información se mantenga segura, los enlaces de registro expiran después de cuatro días. Llame a nuestro consultorio si necesita que le enviemos un nuevo enlace.

### **¿Qué hago si nunca recibí un enlace de registro de mi consultorio?**

Revise su carpeta de correo no solicitado (spam). Si aún no lo ve, llame a nuestro consultorio.

### **¿Dónde inicio sesión en CareSpace?**

Siempre puede acceder a CareSpace visitando [www.carespaceportal.com](http://www.carespaceportal.com) desde un navegador en su computadora personal, tableta o dispositivo móvil.

### **¿Qué sucede si olvido mi contraseña?**

No hay problema, usted mismo puede restablecer su contraseña. Busque el enlace “Olvidé mi contraseña” en la página de inicio de sesión en [www.carespaceportal.com](http://www.carespaceportal.com)



## Formulario de autorización para el portal para pacientes/correo electrónico

Fecha: \_\_\_\_\_ N.º de historia clínica: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del paciente: \_\_\_\_\_

Nombre legal del paciente: \_\_\_\_\_

Arizona Blood and Cancer Specialists/Arizona Breast Health Specialists le brinda acceso seguro a su registro de salud personal a través de nuestro portal para pacientes CareSpace. Solo usted o aquellas personas que usted autorice tendrán acceso a su información de salud.

Se requiere su autorización para activar su cuenta personal de CareSpace y su consentimiento para el correo electrónico. Si no autoriza esto, no le enviaremos ninguna comunicación de manera electrónica.

Su portal CareSpace incluirá información de identificación personal y otra información sobre su historial médico y de salud, por lo que es importante que mantenga su contraseña privada. No debe compartir su contraseña con otras personas, a menos que las autorice a acceder a su cuenta. No comparta su contraseña con ninguna otra persona que no esté autorizada ni la guarde en un lugar de fácil acceso para otras personas.

Si elige no firmar este Formulario de autorización para el portal para pacientes/correo electrónico, no podrá acceder al portal para pacientes CareSpace. Al autorizar este formulario, usted otorga su consentimiento a que le enviemos un correo electrónico con un enlace con el fin de que lo utilice para establecer su cuenta y crear una contraseña. El enlace se enviará después de haber enviado este formulario y, para su protección, está diseñado para expirar rápidamente si no se utiliza.

Comuníquese con el consultorio de su médico en caso de que tenga una nueva dirección de correo electrónico a fin de poder actualizar su cuenta. Asegúrese de que ninguna persona que no haya autorizado o en la que no confíe pueda acceder a la dirección de correo electrónico que proporcione.

Puede interrumpir el uso de su portal para pacientes CareSpace en cualquier momento. Comuníquese con el consultorio de su médico para que le ayuden a desactivar su cuenta.

\_\_\_\_\_ Entiendo que al firmar a continuación, otorgo mi consentimiento para utilizar el portal para pacientes CareSpace/correo electrónico de Arizona Blood and Cancer Specialists.

\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente  
(Primer nombre, inicial del segundo nombre, apellido)

\_\_\_\_\_  
Dirección de correo electrónico del paciente

\_\_\_\_\_  
Nombre del médico de ABCS

\_\_\_\_\_  
Dirección de correo electrónico del usuario autorizado

El usuario autorizado es:

\_\_\_\_\_ Paciente

\_\_\_\_\_  
Nombre de la persona designada por el paciente  
(en letra de imprenta)

\_\_\_\_\_ Persona designada por el paciente

\_\_\_\_\_  
Firma de la persona designada por el paciente

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del personal  
(confirmando la identidad y autorización del usuario)

\_\_\_\_\_  
Fecha

*Notas del personal: Al aceptar este formulario, se DEBE confirmar la identidad y la autorización de la persona que lo firma, y la persona que firma (es decir, el paciente o la persona designada por el paciente) entiende y acepta utilizar la dirección de correo electrónico que figura para este propósito.*

Se debe entregar una copia de este documento completo/firmado al paciente.

Rev.: 01/2020-KR



## Datos financieros/cesión de beneficios del paciente

Nombre legal del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del paciente: \_\_\_\_\_ N.º de historia clínica: \_\_\_\_\_

¿Qué nombre usa? \_\_\_\_\_

N.º de teléfono doméstico: \_\_\_\_\_ N.º de teléfono celular: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Dirección postal: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Edad actual: \_\_\_\_\_  M  F N.º de seguridad social \_\_\_\_\_

Estado civil actual (marque una opción):

Soltero  Casado  Divorciado/separado  Viudo

Empleador: \_\_\_\_\_ N.º de teléfono: \_\_\_\_\_

Domicilio del empleador: \_\_\_\_\_

Parte responsable: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Domicilio de la parte responsable: \_\_\_\_\_

Seguro principal: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre del asegurado: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

N.º de grupo: \_\_\_\_\_ N.º de póliza: \_\_\_\_\_

Seguro secundario: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre del asegurado: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

N.º de grupo: \_\_\_\_\_ N.º de póliza: \_\_\_\_\_

Seguro para medicamentos recetados: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre del asegurado: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

N.º de grupo: \_\_\_\_\_ N.º de póliza: \_\_\_\_\_

**Coloque sus iniciales junto a cada línea para indicar que entiende y acepta los términos, tal como se expresa a continuación:**

\_\_\_\_Entiendo que soy responsable de todos los cargos no cubiertos por esta cesión o reembolsados por las compañías de seguros detalladas anteriormente. En caso de que falte un pago, acepto asumir los costos de los intereses, cobros y acciones legales (en caso de ser necesarias).

\_\_\_\_Autorizo a mi compañía de seguro principal y secundaria (si hay alguna) a divulgar información relacionada con mi cobertura a Arizona Blood and Cancer Specialists.

\_\_\_\_Entiendo que todos los pagos que se efectúen por medicamentos, procedimientos, pruebas, alquileres de equipos médicos, suministros y servicios de enfermería/médicos, incluidos los principales beneficios médicos, por el presente, se le ceden a Arizona Blood and Cancer Specialists. Esta cesión cubre todos y cada uno de los beneficios bajo Medicare, otros programas patrocinados por el gobierno, aseguradoras privadas y otros planes de salud.

\_\_\_\_Reconozco que este documento es una cesión vinculante legal para cobrar mis beneficios como pago de reclamos por servicios. En caso de que mi compañía de seguros no acepte la cesión de beneficios o si me pagan directamente a mí o a mi representante, endosaré dichos pagos a Arizona Blood and Cancer Specialists.

\_\_\_\_Entiendo que tengo derecho a solicitar y recibir un Aviso de las Prácticas de Privacidad por parte de Arizona Blood and Cancer Specialists.

\_\_\_\_Entiendo que este documento es fidedigno y permanecerá vigente, a menos que yo lo revoque por escrito.

\_\_\_\_He leído o me han leído este formulario y lo entiendo. He recibido una copia de las declaraciones anteriores. El duplicado de esta declaración tiene el mismo valor que el original.

**Firma del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha/Hora \_\_\_\_\_ (seleccione una opción)  A. M.  P. M.  
(o representante autorizado)**

Médico: \_\_\_\_\_ Iniciales del empleado: \_\_\_\_\_





## Datos demográficos del paciente

Nombre legal del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del paciente: \_\_\_\_\_ N.º de historia clínica: \_\_\_\_\_

¿Qué nombre usa? \_\_\_\_\_

Sexo de nacimiento:  Masculino  Femenino Género actual:  Masculino  Femenino

Identidad de género:  Masculino  Femenino

### RAZA (marque una opción):

Indio americano/Nativo de Alaska  Asiático  Negro/Afroamericano

Nativo de Hawái/Otro isleño del pacífico  Blanco/Caucásico  No responde

Otra \_\_\_\_\_

ETNIA (marque una opción):  Hispana/Latina  No hispana ni latina  No responde

### IDIOMA DE PREFERENCIA (marque una opción):

Inglés  Alemán  Francés  Coreano  Árabe  Vietnamita

Español  Chino  No responde  Otro \_\_\_\_\_

ESTADO DE VETERANO (marque una opción):  Soy veterano  No soy veterano  No responde

### ESTADO CIVIL ACTUAL (marque una opción):

Soltero  Casado  Divorciado/separado  Viudo

### ESTADO LABORAL/ANTECEDENTES LABORALES (marque una opción):

Actualmente, está:  Empleado  Jubilado  Desempleado  Discapacitado

OCUPACIONES (actual o anterior): \_\_\_\_\_

¿Quién lo derivó a nuestro consultorio? \_\_\_\_\_

¿Quién es su médico de atención primaria? \_\_\_\_\_

¿Quién es su médico oncólogo? \_\_\_\_\_

¿Quién es su oncólogo radiólogo? \_\_\_\_\_

¿Quién es su cirujano? \_\_\_\_\_

Detalle a cualquier otro médico que lo atienda: \_\_\_\_\_

**Por ley, debemos mantener la privacidad de la información de salud. En cualquier momento, tiene derecho a recibir una notificación sobre nuestras obligaciones legales en cuanto a su información de salud, y debemos brindarle una copia de nuestras prácticas de privacidad.**

Firma del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
(o representante autorizado)

Nombre legal del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del paciente: \_\_\_\_\_ N.º de historia clínica: \_\_\_\_\_

**Detalle todos los medicamentos que esté tomando actualmente, incluidos los de venta libre:**

Medicamento	Dosis	Frecuencia	Medicamento	Dosis	Frecuencia
1			6		
2			7		
3			8		
4			9		
5			10		

**Otro:**

¿Es alérgico a algún medicamento o alimento?  Sí  No En caso de responder que sí, detalle a continuación:

Nombre del medicamento/alimento:	Reacción:
Nombre del medicamento/alimento:	Reacción:
Nombre del medicamento/alimento:	Reacción:
Nombre del medicamento/alimento:	Reacción:

De las siguientes opciones, marque todas las que haya tenido:

**TC/IRM**  Sí  No **Sensibilidad a colorantes**  Sí  No **Claustrofobia**  Sí  No

**VACUNAS: GRIPE**  Sí Fecha: \_\_\_\_\_  No **HERPES**  Sí Fecha: \_\_\_\_\_  No

**NEUMONÍA**  Sí Fecha: \_\_\_\_\_  No

¿Alguna vez ha recibido radiación, radio, implantes radiactivos o tratamientos con cobalto?  Sí  No

Si responde que sí, detalle las fechas y los lugares de tratamiento. \_\_\_\_\_

¿Alguna vez ha recibido quimioterapia?  Sí  No Si responde que sí, ¿cuál fue la fecha de su último tratamiento? \_\_\_\_\_

Historia clínica	SÍ	NO	Historia clínica	SÍ	NO
Artritis			Enfermedad renal		
Trastorno autoinmunitario			Enfermedad pulmonar		
Diabetes			SARM/C. difficile (otra enfermedad infecciosa)		
Enfermedad cardíaca			Enfermedad neurológica		
Hepatitis B			Marcapasos/Dispositivo médico		
Hepatitis C			Convulsiones/Accidentes cerebrovasculares		
VIH (SIDA)			Trastornos cutáneos		
Presión arterial alta			Otros cánceres		
Osteoporosis			Coágulos de sangre		
Tiroidismo			Tuberculosis		
Trastornos mentales			Otro		

Notas del médico:

Nombre legal del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del paciente: \_\_\_\_\_ N.º de historia clínica: \_\_\_\_\_

**CIRUGÍAS**  Sí  No (incluya edad y fecha) ¿Le han realizado alguna de las siguientes cirugías?

Tipo de cirugía	Motivo de la cirugía	Fecha/edad	Complicaciones
De mamas			
Histerectomía			
Extirpación de ovarios			
Apendicectomía			
De vesícula			
De intestinos/colon			
De pulmón			
Otra cirugía			

### SOLO PARA MUJERES:

#### Período menstrual:

¿Cuántos años tenía cuando tuvo su primer período? \_\_\_\_\_

¿Cuántos años tenía cuando tuvo su último período? (menopausia) \_\_\_\_\_

¿Cuál es la fecha de su último período menstrual? \_\_\_\_\_

#### Embarazo/reproducción:

¿Cuántos años tenía en su primer embarazo? \_\_\_\_\_

Número de embarazos: \_\_\_\_\_ Número de nacidos vivos: \_\_\_\_\_

¿Se ha realizado una ligadura de trompas?  Sí  No

Su marido o pareja, ¿se ha realizado una vasectomía?  Sí  No

#### Salud de las mamas:

¿Ha tenido alguna de las siguientes?  sensibilidad  secreción en pezones  
 nódulos  enfermedad fibroquística

¿Se realiza el autoexamen de mamas?  Sí  No

Si responde que sí, ¿con que frecuencia?  mensualmente  cada pocos meses  algunas veces al año

Si responde que no, ¿necesita ayuda para saber cómo se realiza un autoexamen de mamas?  Sí  No

#### Detección de cáncer:

Fecha de su última prueba de Papanicolaou: \_\_\_\_\_ ¿Cuándo se realizó su última mamografía? \_\_\_\_\_

#### Salud ginecológica:

¿Ha tenido o tiene actualmente alguna de las siguientes?  secreción vaginal  hemorragia vaginal u oligometrorragia

¿Ha tomado o toma terapia de estrógeno, píldoras anticonceptivas u otras hormonas?  Sí  No

Si responde que sí, ¿de qué tipo? \_\_\_\_\_ ¿Por cuántos años las ha tomado? \_\_\_\_\_

Notas del médico:

Nombre legal del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del paciente: \_\_\_\_\_ N.º de historia clínica: \_\_\_\_\_

**SOLO PARA HOMBRES:**

¿Ha tenido o tiene actualmente alguna de la siguientes?

- secreción en el pene       úlceras en el pene
- nódulos en testículos       nódulos en las mamas
- examen de próstata       examen testicular
- prueba para evaluar su nivel de PSA
- disfunción eréctil

¿Alguien en su familia ha tenido cáncer? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si responde que sí, detalle:			
Se incluye a los familiares de primer grado (padres, hermanos, hijos) y de segundo grado (abuelos, nietos, tíos, tías, sobrinos, sobrinas y medio hermanos).			
Familiar	Tipo de cáncer	Edad de diagnóstico	Vivo/fallecido

**PESO/ESTADO NUTRICIONAL:**

En los últimos tres meses, ¿ha tenido cambios en su peso?  Sí  No ¿Fueron intencionales?  Sí  No

Si responde que sí, indique la cantidad de libras que ha \_\_\_\_\_perdido \_\_\_\_\_ ganado

Describe su dieta:  regular  liviana  líquida  para diabéticos  suplementos  otra

Describe su apetito:  bueno  regular  deficiente

**SALUD DENTAL**

¿Visita regularmente al dentista?  Sí  No  Si responde que sí, ¿cuál fue la fecha de su última consulta? \_\_\_\_\_

**ANTECEDENTES SOCIALES Y HÁBITOS**

¿Fuma o ha fumado alguna vez?  Sí  No Si responde que sí, ¿cuánto tiempo fumó o ha fumado?

Cantidad de años \_\_\_\_\_ Si dejó de fumar, ¿cuándo dejó/hace cuántos años que dejó? \_\_\_\_\_

Describe qué fuma o ha fumado y la cantidad que consume/consumía por día.

Cigarrillos:  Sí  No Si responde que sí, ¿cuántos cigarrillos por día? \_\_\_\_\_

Pipa:  Sí  No Si responde que sí, ¿cuánto tabaco por día? \_\_\_\_\_

Vapeador:  Sí  No Si responde que sí, ¿cuánto por día? \_\_\_\_\_

¿Mastica tabaco/usa otros productos de tabaco sin humo?  Sí  No ¿Cuánto por día? \_\_\_\_\_

¿Bebe alcohol (vino, cerveza, licor)?  Sí  No ¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_ ¿Cuánto consume? \_\_\_\_\_

¿Tiene antecedentes de consumo de drogas?  Sí  No

Notas del médico:

Nombre legal del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del paciente: \_\_\_\_\_ N.º de historia clínica: \_\_\_\_\_

### ESTADO CIVIL ACTUAL (marque una opción):

Soltero     Casado     Divorciado/separado     Viudo

### ESTADO LABORAL/ANTECEDENTES LABORALES (marque una opción):

Actualmente, está:  Empleado     Jubilado     Desempleado     Discapacitado

OCUPACIONES (actual o anterior): \_\_\_\_\_

### EXPOSICIÓN A MATERIALES PELIGROSOS:

¿Ha estado alguna vez expuesto a algún material peligroso?  Sí  No

(entre ellos, los siguientes: asbestos, agente naranja, metales pesados, pesticidas, petróleo).

Si responde que sí, ¿de qué tipo? \_\_\_\_\_ ¿Cuándo estuvo expuesto? \_\_\_\_\_

### NIVEL DE ACTIVIDAD DEL PACIENTE: (marque todas las opciones que correspondan para describir el nivel de actividad del paciente).

Totalmente activo; puede caminar sin ayuda.

Un tanto limitado para hacer actividad física extenuante, pero se mueve y puede hacer tareas livianas.

Utiliza ayudas ambulatorias/dispositivos adaptativos (es decir, bastón, andador, silla de ruedas, scooter motorizado).

Más del 50 % de las horas en las que está despierto, se la pasa fuera de la cama y despierto.

Más del 50 % de las horas que está despierto, se la pasa postrado en la cama o silla.

Es capaz de realizar todas las tareas de cuidado personal.

Es capaz de realizar algunas tareas de cuidado personal.

Totalmente discapacitado, no puede realizar las tareas de cuidado personal; está totalmente postrado en una cama o silla.

Antecedentes de caídas  Sí  No

### DOCUMENTOS SOBRE LA PLANIFICACIÓN ANTICIPADA DE CUIDADOS: Marque todos los documentos que tenga:

Testamento en vida

Directivas anticipadas, incluido el estado de no resucitación (DNR, por sus siglas en inglés)

Poder médico duradero

Si lo tiene, ¿quién es su apoderado para cuestiones médicas? \_\_\_\_\_

¿Puede entregar una copia de los documentos recién mencionados que tenga para que la guardemos en nuestros registros?

¿Desea recibir información sobre alguno de los documentos recién mencionados?  Sí  No

Si responde que sí, indique sobre qué documentos desea recibir información: \_\_\_\_\_

Notas del médico:

Nombre legal del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del paciente: \_\_\_\_\_ N.º de historia clínica: \_\_\_\_\_

**EVALUACIÓN DEL DOLOR:**

¿Actualmente tiene algún dolor?  Sí  No

Califique su nivel actual de dolor:

(sin dolor) 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 (máximo nivel de dolor)

¿El medicamento que tomar para controlar el dolor funciona?  100 %  75 %  50 %  25 %  No funciona.

**EVALUACIÓN DE LA ANGUSTIA:**

En la escala a continuación, marque el número que mejor describa cuánta angustia ha sentido la última semana y cuánta siente hoy:

(no siente angustia) 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 (máximo nivel de angustia)

**Complete TODAS las páginas de este cuestionario.**

**DE LAS SIGUIENTES MOLESTIAS, ESPECIFIQUE TODAS LAS QUE TENGA ACTUALMENTE.**

GENERAL	SÍ	NO		SÍ	NO
fiebre			dificultades para dormir		
escalofríos			glándulas/nódulos linfáticos inflamados		
hematomas frecuentes			erupción o irritación de la piel		
debilidad general			llagas abiertas/lesiones en la piel		

OÍDOS/ NARIZ/GARGANTA	SÍ	NO		SÍ	NO
dolor de oídos			boca seca		
dificultad para escuchar o sordera			sangrado de encías		
secreción en el oído			sangrados nasales		
zumbidos en los oídos			rigidez constante en el cuello		
utiliza audífonos			cambios en la voz/ronquera		
sinusitis			hinchazón o nódulos en el cuello		
llagas en la lengua o la boca			dificultad para tragar		

OJOS	SÍ	NO		SÍ	NO
cambios en la visión			visión doble		
destellos de luz/halos			glaucoma o cataratas		
dolor en los ojos			usa anteojos o lentes de contacto		

Notas del médico:

## Historial de información de salud del paciente (Página 6 de 7)

Nombre legal del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del paciente: \_\_\_\_\_ N.º de historia clínica: \_\_\_\_\_

<b>CORAZÓN/CIRCULACIÓN</b>	<b>SÍ</b>	<b>NO</b>	<b>RESPIRATORIO</b>	<b>SÍ</b>	<b>NO</b>
dolor de pecho			dificultad para respirar		
ritmo cardíaco inusual			esputo con sangre		
defectos cardíacos			tos crónica		
hinchazón de piernas/tobillos			falta de aire		
mareos/desmayos			sibilancias		
poca tolerancia al ejercicio					

<b>ESTÓMAGO E INTESTINOS</b>	<b>SÍ</b>	<b>NO</b>		<b>SÍ</b>	<b>NO</b>
dolor o calambres abdominales			diarrea		
náuseas/vómitos			heces con sangre		
indigestión o acidez			hemorroides		
poco o menos apetito			estreñimiento		
vómito con sangre			cambios en los hábitos intestinales		

<b>GENITALES Y SISTEMA URINARIO</b>	<b>SÍ</b>	<b>NO</b>		<b>SÍ</b>	<b>NO</b>
dificultad para controlar la orina			sangre en orina		
dificultades para comenzar a orinar			cálculos renales		
dolor o ardor al orinar			problemas sexuales		
frecuencia			impotencia		
micción nocturna					

<b>MÚSCULOS Y ARTICULACIONES</b>	<b>SÍ</b>	<b>NO</b>	<b>ENDOCRINO</b>	<b>SÍ</b>	<b>NO</b>
sensación de hormigueo/entumecimiento			sed constante		
debilidad en brazos o piernas			intolerancia al calor o el frío		
rango limitado de movimiento			sofocos		
problemas de equilibrio			cansancio o debilidad inusuales		
problemas en las articulaciones incluyen: dolor, hinchazón, enrojecimiento			sudoración nocturna		

<b>NEUROLÓGICO</b>	<b>SÍ</b>	<b>NO</b>	<b>SALUD MENTAL</b>	<b>SÍ</b>	<b>NO</b>
dolores de cabeza graves			depresión		
cambios en el habla			cambios de humor		
movimientos involuntarios (es decir, espasmos o temblores)			ansiedad		
pérdida de memoria					
parálisis					

Notas del médico:



## Historial de información de salud del paciente (Página 7 de 7)

Nombre legal del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del paciente: \_\_\_\_\_ N.º de historia clínica: \_\_\_\_\_

Por favor díganos el nombre de su farmacia preferida:

Nombre de la farmacia: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Ubicación: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ He leído o me han leído este formulario.

**Firma del paciente:** \_\_\_\_\_ **Fecha / Hora** \_\_\_\_\_ (seleccione una opción)  A. M.  P. M.  
(o representante autorizado)

**Médico:** \_\_\_\_\_

**NOTAS CLÍNICAS:** (no marque nada en esta área sombreada)

Edad del paciente: \_\_\_\_\_

Altura del paciente: \_\_\_\_\_

Peso del paciente: \_\_\_\_\_

Presión arterial del paciente: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Pulso del paciente: \_\_\_\_\_

Respiraciones del paciente: \_\_\_\_\_

**NOTAS DEL MÉDICO:** (no marque nada en esta área sombreada)