

**COMPLETE TODO EL FORMULARIO**

<b>Información del paciente</b>			
Fecha de hoy:	Fecha de nacimiento:	Número de seguro social:	
Apellido legal:	Primer nombre legal:	Segundo nombre:	Nombre preferido:
Médico que remite:		Número de teléfono del médico que remite:	
Médico de atención primaria:		Número de teléfono del médico de atención primaria:	
<b>Información de contacto del paciente</b>			
Domicilio (calle, ciudad, estado, código postal):			
Dirección postal (calle, ciudad, estado, código postal): <input type="checkbox"/> Igual que domicilio			
Teléfono: <input type="checkbox"/> ¿Es un celular? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Teléfono alternativo: <input type="checkbox"/> ¿Es un celular? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Dirección de correo electrónico:	Método de contacto preferido: <input type="checkbox"/> Teléfono <input type="checkbox"/> Teléfono alternativo <input type="checkbox"/> Correo electrónico <input type="checkbox"/> Portal del paciente		
<b>Información demográfica del paciente</b>			
Estado civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Pareja de hecho <input type="checkbox"/> Prefiere no informarlo			
Identidad de género: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Hombre transgénero (fem. a masc.) <input type="checkbox"/> Mujer transgénero (masc. a fem.) <input type="checkbox"/> Genderqueer/no binario <input type="checkbox"/> Otra, describa _____ <input type="checkbox"/> Prefiere no informarla	Orientación sexual: <input type="checkbox"/> Lesbiana, gay, homosexual <input type="checkbox"/> Heterosexual <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Otra, describa _____ <input type="checkbox"/> Desconocida <input type="checkbox"/> Prefiere no informarla	Pronombres usados: <input type="checkbox"/> Ella <input type="checkbox"/> Él <input type="checkbox"/> Elle <input type="checkbox"/> Otro, describa _____ <input type="checkbox"/> Prefiere no informarlos	Sexo (asignado al nacer): <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Desconocido
Raza: <input type="checkbox"/> Indígena americana o nativa de Alaska <input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> Negra o afroamericana <input type="checkbox"/> Nativa de Hawái u otra isla del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> Desconocida <input type="checkbox"/> Otra, especifique _____ <input type="checkbox"/> Prefiere no informarla	Etnia: <input type="checkbox"/> Hispana o latina <input type="checkbox"/> Ni hispana ni latina <input type="checkbox"/> Desconocida <input type="checkbox"/> Otra, especifique _____ <input type="checkbox"/> Prefiere no informarla		
Idioma de preferencia:	Idioma de preferencia para los documentos escritos:	¿Necesita un intérprete médico sin costo para las citas? <input type="checkbox"/> Sí, especifique el idioma _____ <input type="checkbox"/> No	
Ocupación y empleador:	Situación laboral: <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Estudiante (tiempo completo) <input type="checkbox"/> Estudiante (medio tiempo) <input type="checkbox"/> Prefiere no informarlo		

**Willamette Valley Cancer Institute and Research Center**  
**Oncology Associates of Oregon**  
**Asignación/Financial Responsibilities/Consentimiento**

Nombre legal del paciente (Último, Primer Medio) \_\_\_\_\_ Nombre preferido \_\_\_\_\_

del Seguro Social# \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_

Dirección de facturación \_\_\_\_\_ Ciudad y estado \_\_\_\_\_ Zip \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_ Ciudad y estado \_\_\_\_\_ Zip \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_ @\_\_\_\_\_

Método de contacto preferido (círculo): Teléfono Celular Email      Otro idioma preferido: \_\_\_\_\_      **Sexo (circulo): M F**

Estado civil (círculo): viuda divorciado casada soltera      Etnia: \_\_\_\_\_ Raza: \_\_\_\_\_

Referencia al médico y al teléfono \_\_\_\_\_

Médico primario y al teléfono \_\_\_\_\_

Empleador del paciente \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_ Retirado \_\_\_\_\_ Deshabilitado \_\_\_\_\_

Parte responsable \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Seguro primario \_\_\_\_\_ Nombre asegurado principal \_\_\_\_\_ fec. nac. \_\_\_\_\_

Número de grupo \_\_\_\_\_ Número de poliza \_\_\_\_\_

Seguro secundario \_\_\_\_\_ Nombre asegurado secundario \_\_\_\_\_ fec. nac. \_\_\_\_\_

Número de grupo secundario \_\_\_\_\_ Número de poliza \_\_\_\_\_

Seguro Terciario \_\_\_\_\_ Nombre asegurado terciario \_\_\_\_\_ fec. nac. \_\_\_\_\_

Número de grupo terciario \_\_\_\_\_ Número de poliza \_\_\_\_\_

**ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS, AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA:**

Solicito que el pago de beneficios autorizados de mi compañía de seguros se haga a mí o en mi nombre al Willamette Valley Cancer Institute and Research Center and Oncology Associates of Oregon (colectivamente "WVCI") por cualquier servicio que me haya proporcionado WVCI, y por la presente asingo a WVCI todos los derechos asignables al pago de los servicios prestados por WVCI, incluidos todos los beneficios de Medicare si estoy en ese programa. Autorizo a mi compañía de seguros a divulgar información sobre mi cobertura a WVCI. Autorizo a cualquier titular de información médica sobre mí a divulgarla a lo siguiente cuando corresponda para determinar beneficios para servicios relacionados: División de Servicios Familiares, Centros para Servicios de Medicare y Medicaid, aseguradoras y/o agentes de estas compañías, u otros proveedores de atención médica que ayuden en mi atención médica. Entiendo y acepto que mi información de salud puede ser utilizada y divulgada por WVCI, otros proveedores y aseguradoras con fines de tratamiento, pago y operaciones de atención médica.

Entiendo que para que WVCI cumpla con la iniciativa impuesta por el gobierno federal para que el software de prescripción electrónica de medicamentos (e prescribir) envíe recetas a través de Internet a las farmacias, estas transmisiones se realizan de una manera segura que protege la privacidad de la información personal. Acepto que WVCI puede solicitar y utilizar mi historial de prescripción de otros servicios de salud o pagadores externos para fines de tratamiento según lo requerido por la iniciativa federal antes mencionada. Autorizo a WVCI a obtener mi historial de recetas.

**ACUERDO FINANCIERO:**

Entiendo que soy financieramente responsable de cualquier cargo independientemente de la cobertura del seguro. En caso de incumplimiento, acepto pagar todos los costos de cobros, incluidos los intereses aplicados por la agencia de cobro, el costo de la corte y los honorarios del abogado. Cualquier demanda presentada puede ser presentada en el condado donde se prestan los servicios.

He leído y acepto las disposiciones de este formulario y acepto los términos. Un duplicado de este formulario se considera el mismo que el original.

**ESTE ACUERDO/CONSENTIMIENTO PERMANECERÁ EN VIGOR A MENOS QUE ME REVOQUE POR ESCRITO**

Nombre de impresión: \_\_\_\_\_  
Primer \_\_\_\_\_ M \_\_\_\_\_ Último \_\_\_\_\_

Firma del Paciente (fo pacientes de 17 años o menores, signo MUST padre o tutor) Fecha \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Si es representante legal, proporcione **relación con del paciente**

**Employee's initials**  
Las iniciales del empleado

## AVISO DE RECONOCIMIENTO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

**Willamette Valley Cancer Institute and Research Center (WVCI)** tiene la responsabilidad de proteger la privacidad de su información de atención médica. **WVCI** también tiene la responsabilidad de dar un Aviso de Prácticas de Privacidad que describe:

1. cómo se puede usar y compartir su información de atención médica
2. cómo puede obtener su información de atención médica
3. y a quién llegar si tiene preguntas, inquietudes o quejas.

Podemos cambiar el Aviso de Prácticas de Privacidad en cualquier momento. Puede llamar a **WVCI** al **541-683-5001** para obtener una copia actualizada del aviso o para hacer preguntas.

**Por mi firma a continuación, acepto que he recibido el Aviso de Prácticas de Privacidad de Willamette Valley Cancer Institute and Research Center.**

---

Nombre legal del paciente – Primero, Medio Inicial, Último

---

Firma del Paciente o \*Representante Personal

---

Fecha Hora

**\*Si esta autorización está firmada por el representante personal de un paciente en nombre del paciente, complete los siguientes:**

---

Nombre del Representante Personal  
Phone Number

---

Relación con el paciente

---

Relación con el paciente

**Este formulario se conservará en sus registros.**

**For internal use only**

Willamette Valley Cancer Institute and Research Center

If acknowledgement of receipt was not obtained, indicate the reason:

---

---

WVCI Employee \_\_\_\_\_

Printed name

Signature

CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE PARA QUE LA PRÁCTICA SE COMUNIQUE CON OTROS

Nombre legal del paciente – Primero, Medio inicial, último

/ / /

Fec. Nac.

Número de teléfono

Número de teléfono del trabajo

**1. Autorización alternativa de información de contacto**

WVCI tiene mi autorización para:

Dejar información médica en mi casa / correo de voz

teléfono celular

Si No

Ilámame a mi lugar de trabajo

Si No

Dejar información médica en el correo de voz en  
mi lugar de trabajo

Si No

**2. Familia / Amigos Divulgación de Autorización de Información**

Autorizo a WVCI a hablar y divulgar mi información médica a la siguiente persona con respecto a mi atención médica y tratamiento y pago por esos servicios. **Tenga en cuenta: Este formulario reemplaza la información proporcionada en formularios anteriores.**

Nombre	Relación al paciente

Telefono	Contacto de emergencia (círculo)

**3. Validación y Empresa**

Entiendo que puedo cambiar esta lista en cualquier momento notificando a WVCI por escrito. Las revisiones escritas no afectarán ninguna acción tomada en función de este consentimiento antes de que se recibiera la notificación por escrito.

Firma de Paciente

Fecha de Firma

**\*Si esta autorización está firmada por el representante personal de un paciente en nombre del paciente, complete lo siguiente:**

Nombre del representante personal

Relación al paciente

## ANTECEDENTES MÉDICOS PARA LA ATENCIÓN GINECOLÓGICA

Fecha \_\_\_\_\_

Apellido, Primer nombre y Segundo nombre en imprenta \_\_\_\_\_

Edad \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Ocupación \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_

Estado \_\_\_\_\_

Código postal \_\_\_\_\_

¿Motivo principal de la visita? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

¿Años de estudio? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Nombre de la pareja \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_

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

**Antecedentes médicos:** ¿Tiene o alguna vez tuvo alguno de los siguientes problemas? Encierre en un círculo

Anemia	Dolores de cabeza	Quiste o tumor en los ovarios	Colesterol alto
Diabetes	Problemas de audición/visión	Accidente cerebrovascular	Enfermedades de la vesícula biliar
Gonorrea	Problemas de salud mental	Trastornos hematológicos	Hepatitis
Herpes	Úlceras estomacales	Enfisema	Enfermedad hepática
Enfermedad pulmonar	Coágulos de sangre	Hemorroides	Neumonía
Fiebre reumática	Epilepsia/desmayos	Enfermedad renal	Crecimientos en el útero
Asma/bronquitis	Enfermedad cardíaca	Infecciones genitales	
Trastornos alimenticios	Hipertensión	Problemas de tiroides	

Otros: \_\_\_\_\_

**Antecedentes quirúrgicos:** Enumere las operaciones que ha tenido y los motivos de las cirugías. Informe el año aproximado y enumérelas en orden cronológico, si es posible, incluidas amígdalas, dilatación y legrado, cesáreas, etc.

#1 \_\_\_\_\_

#2 \_\_\_\_\_

#3 \_\_\_\_\_

#4 \_\_\_\_\_

#5 \_\_\_\_\_

#6 \_\_\_\_\_

¿Ha tenido una transfusión de sangre? \_\_\_\_\_

¿Antecedentes de problemas médicos graves? ¿Ha estado hospitalizada?



## Revisión de síntomas

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

Revise y marque los síntomas o problemas actuales que haya tenido en los últimos seis meses.

**Generales:**

- Pérdida del apetito
- Fiebre/escalofríos
- Sudores nocturnos
- Debilidad
- Fatiga

**Cardiovasculares:**

- Molestias/dolor en el tórax
- Latidos cardíacos irregulares
- Hinchazón en manos o pies
- Palpitaciones

**Neurológicos:**

- Dolores de cabeza
- Mareos
- Desmayos
- Pérdida de equilibrio
- Dificultades para hablar
- Pérdida de la sensación
- Problemas de memoria
- Convulsiones

**Hematológicos:**

- Sangrado anormal
- Formación anormal de moretones
- Ganglios inflamados

**Respiratorios:**

- Falta de aire
- Tos
- Sibilancias
- Tos con sangre
- Dificultades para respirar

**Endócrinos:**

- Pérdida de peso
- Aumento de peso
- Sed en exceso
- Intolerancia al calor/frío

**Alergias/inmunológicos:**

- Alergias estacionales
- Alergia a alimentos \_\_\_\_\_
- Problemas de los senos paranasales
- Infecciones frecuentes

**Gastrointestinales:**

- Heces negras o con sangre
- Estreñimiento
- Dificultad para tragar
- Acidez gástrica/reflujo gastroesofágico
- Diarrea
- Náuseas
- Vómitos
- Dolor abdominal
- Dolor al movilizar el intestino
- Ictericia

**PARA MUJERES**

**Ginecológicos:**

- Períodos menstruales irregulares
- Sofocos
- Menopausia
- Sangrado menstrual abundante

**Piel:**

- Sanación lenta
- Sarpullido
- Cambio en las uñas
- Cambio en la piel o lunares
- Otro \_\_\_\_\_

**Urinarios:**

- Sangre en la orina
- Orina frecuente
- Dificultades para orinar
- Dolor o ardor al orinar
- Incontinencia

**Marque esta casilla si NO tiene ninguno de los síntomas enumerados.:**

- NO tengo ningún síntoma.

**Mamas:**

- Secreción/sangrado
- Bulto
- Dolor

**Ojos:**

- Cambios en la visión
- Infección en los ojos
- Dolor en los ojos

**Oídos/nariz/garganta:**

- Pérdida de la audición
- Zumbido en los oídos
- Sangrado en las encías
- Ronquera
- Inflamación en cuello/bultos
- Sangrado nasal
- Problemas dentales

**Musculoesqueléticos:**

- Dolor de espalda o cuello
- Dolor o rigidez en las articulaciones
- Dolor óseo, lugar: \_\_\_\_\_
- Artritis

**Salud mental:**

- Depresión o tristeza
- Ansiedad
- Problemas para dormir
- Ideas de suicidio