

INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA DE PACIENTE NUEVO DE  
WILLAMETTE VALLEY CANCER INSTITUTE AND RESEARCH CENTER



COMPLETE TODO EL FORMULARIO

Información del paciente			
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:	
Información de contacto del paciente			
Domicilio (calle, ciudad, estado, código postal):			
Dirección postal (calle, ciudad, estado, código postal): <input type="checkbox"/> Igual que domicilio			
Teléfono: ¿Es un celular? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Teléfono alternativo: ¿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	
Información demográfica del paciente			
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			
<b>Identidad de género:</b> <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	<b>Orientación sexual:</b> <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	<b>Pronombres usados:</b> <input type="checkbox"/> Ella <input type="checkbox"/> Él <input type="checkbox"/> Elle <input type="checkbox"/> Otro, describa _____ <input type="checkbox"/> Prefiere no informarlos	<b>Sexo (asignado al nacer):</b> <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Desconocido
<b>Raza:</b> <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		<b>Etnia:</b> <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:	<b>¿Necesita un intérprete médico sin costo para las citas?</b> <input type="checkbox"/> Sí, especifique el idioma _____ <input type="checkbox"/> No	
Ocupación y empleador:	<b>Situación laboral:</b> <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		

USO EXCLUSIVO DEL PERSONAL  
INICIALES DE MIEMBRO DEL PERSONAL  
QUE RECIBE EL DOCUMENTO: \_\_\_\_\_

N.º DE HIST. CLÍN. DE PACIENTE: \_\_\_\_\_  
ESCANEO POR: \_\_\_\_\_

COMITÉS/FORMULARIOS/FORMULARIOS ADMINISTRATIVOS/RECEPCIÓN  
JULIO 2023 VERSIÓN 1.1

# 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 da 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 (círculo): 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 póliza \_\_\_\_\_

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

Número de grupo secundario \_\_\_\_\_ Número de póliza \_\_\_\_\_

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

Número de grupo terciario \_\_\_\_\_ Número de póliza \_\_\_\_\_

### 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 asigno 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 losiguiente:**

\_\_\_\_\_  
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
llámame 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 (circulo)	Si No
Nombre	Relación al paciente	Telefono	Contacto de emergencia (circulo)	Si No
Nombre	Relación al paciente	Telefono	Contacto de emergencia (circulo)	Si No
Nombre	Relación al paciente	Telefono	Contacto de emergencia (circulo)	Si No
Nombre	Relación al paciente	Telefono	Contacto de emergencia (circulo)	Si No

### 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 losiguiente:**

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 _____
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	

**Encierre en un círculo los síntomas que tenga actualmente:**

Fiebre/escalofríos	Sangrado anal	Ansiedad
Fatiga inusual	Se llena más rápido	Depresión
Cambios en el peso de más de 10 Libras	Acidez	Ataques de pánico
Falta de apetito,	Cambios en los hábitos intestinales	Sangrado sin explicación
Dolor en el pecho	Dolor abdominal	Sangre en la orina
Falta de aliento	Dolor/rigidez de las articulaciones	Frecuencia/presión/incontinencia urinaria
Tos crónica	Dolor al orinar	Secreción/sangrado vaginal
Tos con sangre	Moretones con facilidad	Sangrado después de las relaciones sexuales
Náuseas/vómitos	Inflamación de la articulaciones	Dolor al orinar
Diarrea/estreñimiento	Secreción/bulto en las mamas	Dolor durante las relaciones sexuales
Hinchazón	Sarpullido/picazón en la piel	Moretones con facilidad
		Ganglios inflamados

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?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Medicamentos:** Enumere los medicamentos (de receta y de venta libre) que tome:

Medicamento	Cantidad	Frecuencia	Medicamento	Cantidad	Frecuencia

**Alergias:** Enumere los medicamentos y qué reacciones ha tenido: \_\_\_\_\_

**Antecedentes familiares:** ¿Algún familiar, incluidos sus padres, abuelos o hermanas ha tenido alguno de los siguientes?:  
(enumere las personas):

Cáncer:	Persona	¿Qué edad tenía cuando tuvo la enfermedad?	¿Falleció a causa de la enfermedad?
Cáncer de mama			
Cáncer de ovarios			
Cáncer de color			
Cáncer uterino			
Otros tipos de cáncer:			
Diabetes		Enfermedad cardíaca	
Hipertensión		Enfermedad renal	
Enfermedad pulmonar		Coágulos de sangre	
Sangrado excesivo (por extracciones de dientes, parto, etc.)			

#### Mamas

¿Alguna vez se realizó una mamografía? \_\_\_\_\_ Fecha de la última mamografía: \_\_\_\_\_  
 ¿Alguna vez le realizaron una biopsia de mamas? \_\_\_\_\_

#### Colon:

¿Alguna vez se realizó una colonoscopia? \_\_\_\_\_ Fecha de la última colonoscopia/resultado: \_\_\_\_\_

#### Densidad ósea:

¿Alguna vez se realizó una prueba de densidad ósea \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

#### Antecedentes de menstruación:

¿Cuál fue el primer día de su última menstruación normal? \_\_\_\_\_  
 ¿A qué edad tuvo su primera menstruación? \_\_\_\_\_ ¿Cuánto duran sus ciclos menstruales habitualmente (28-30 días)? \_\_\_\_\_  
 ¿Cuántos días promedio dura su menstruación? \_\_\_\_\_ ¿Tiene calambres? \_\_\_\_\_ ¿Tiene un flujo abundante? \_\_\_\_\_  
 Fecha de la última prueba de Papanicolaou: \_\_\_\_\_  
 ¿Alguna vez tuvo resultados anormales en una prueba de Papanicolaou? \_\_\_\_\_ ¿Cuándo? \_\_\_\_\_

Si la respuesta es sí, explique: \_\_\_\_\_

Edad de la menopausia, si corresponde: \_\_\_\_\_ ¿Síntomas? \_\_\_\_\_

#### Antecedentes de métodos anticonceptivos (si corresponde):

Método actual \_\_\_\_\_ ¿Último que usó? \_\_\_\_\_

Problemas con métodos actuales o anteriores \_\_\_\_\_

#### Antecedentes de embarazos:

Cantidad: De embarazos \_\_\_\_\_ Nacidos vivos \_\_\_\_\_ Hijos vivos \_\_\_\_\_ Abortos espontáneos \_\_\_\_\_ Abortos terapéuticos \_\_\_\_\_  
 ¿Qué edad tiene su hijo más chico? \_\_\_\_\_ Peso al nacer: Más grande \_\_\_\_\_ Más pequeño \_\_\_\_\_  
 Edad al momento del primer embarazo \_\_\_\_\_ ¿Qué problemas tuvo con los embarazos, partos o abortos anteriores? \_\_\_\_\_

#### Antecedentes sociales: ¿Fuma? \_\_\_\_\_ ¿Cuánto? \_\_\_\_\_

¿Cuánto alcohol bebe? \_\_\_\_\_

¿Qué drogas ha usado (marihuana, anfetaminas, cocaína, otra)? \_\_\_\_\_

¿Alguna vez compartió agujas? \_\_\_\_\_

En una escala del 1 al 10 (1=muy mala, 10=excelente), ¿cómo calificaría su situación laboral? \_\_\_\_\_ ¿Tiene hogar? \_\_\_\_\_

Si corresponde, ¿Cómo calificarías tu relación con tu cónyuge o pareja? \_\_\_\_\_

¿Alguna vez tuvo problemas en la actividad sexual? \_\_\_\_\_

¿Alguna vez resultó lastimada por tener relaciones sexuales? \_\_\_\_\_

¿Alguna vez la forzaron a tener relaciones sexuales? \_\_\_\_\_

¿Cuál es su altura? \_\_\_\_\_ ¿Peso reciente? \_\_\_\_\_ ¿Peso deseado? \_\_\_\_\_

¿Tiene preocupaciones especiales que quisiera discutir con el médico durante su visita? \_\_\_\_\_