

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: <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 | | |
| 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 | | | |
| 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

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 (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 |
| Gonorrhea | Problemas de salud mental | Trastornos hematológicos | Hepatitis |
| Herpes | Úlcera estomacal | 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 las articulaciones | Dolor al orinar |
| Diarrea/estreñimiento | Secreción/bulito en las mamas | Dolor durante las relaciones sexuales |
| Hinchazón | Sarpullido/picazón en la piel | Moretones con facilidad |
| Otros: _____ | | Ganglios inflamados |

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: | Personas | ¿Qué edad tenía cuando tuvo la enfermedad? | ¿Falleció a causa de la enfermedad? |
| Cáncer de mama | | | |
| Cáncer de ovarios | | | |
| Cáncer de color | | | |
| Cáncer uterín | | | |
| 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? _____