

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

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. Representante de atención médica

Si no puedo tomar decisiones de atención médica por mí mismo, mi responsable sustituto de decisiones se nombra a continuación y WVCI puede comunicarse con esta persona en caso de una emergencia.

Nombre Relación al paciente Telefono

4. 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



Charles K. Anderson, MD
 Audrey P. Garrett, MD, MPH
 Kathleen Y. Yang, MD
 Linn Bergander, PA-C, MPH

MEDICAL HISTORY FOR GYNECOLOGICAL CARE

Date _____

Print Last Name	First Name	Middle Name
Age	Date Of Birth	Occupation
Address	City	State Zip

Main reason for visit:

Years of School _____

Partner's Name _____ Age _____ Occupation _____

Who is your Primary Care Physician? _____

Medical History: Have you ever had or do you have now any problems with the following: Please Circle

Anemia	Asthma/Bronchitis	Blood Clots	Blood Disorders	High Cholesterol
Diabetes	Eating disorders	Epilepsy/fainting	Emphysema	Gall Bladder Disease
Gonorrhea	Headaches	Heart Disease	Hemorrhoids	Hepatitis
Herpes	Hearing/Vision Problems	High Blood Pressure	Kidney Disease	Liver Disease
Lung Disease	Mental Health Problems	Ovarian Cyst or tumor	Pelvic Infections	Pneumonia
Rheumatic Fever	Stomach Ulcers	Stroke	Thyroid Problems	Uterine Growth

Circle any symptoms you have currently:

Fever/chills	Nausea/vomiting	Joint pain/stiffness	Blood in Urine
Unusual Fatigue	Diarrhea/constipation	Joint swelling	Urinary frequency/pressure /Incontinence
Weight change>10lbs.	Bloating	Breast lump/discharge	Vaginal discharge/ spotting
Poor Appetite	Rectal Bleeding	Skin rash/itching	Bleeding after intercourse
Chest Pain	Getting full more quickly	Anxiety	Pain with urination
Shortness of Breath	Heartburn	Depression	Pain with intercourse
Chronic Cough	Change in bowel habits	Panic attacks	Bruise easily
Coughing up blood	Abdominal pain	Unexplained bleeding	Swollen Glands

Other: _____

Surgical History: List operations you have had and the reason for surgery. Please give approximate year and list in chronological order, if possible, including tonsils, D&C, C-Sections, etc.

#1 _____

#2 _____

#3 _____

#4 _____

#5 _____

#6 _____

Have you had a blood transfusion? _____

History of any serious medical problems? Have you ever been hospitalized?

Medications: Please list any medicines (prescriptions or over-the-counter) you take:

Medicine	Amount	How often taken	Medicine	Amount	How often taken



Charles K. Anderson, MD
Audrey P. Garrett, MD, MPH
Kathleen Y. Yang, MD
Linn Bergander, PA-C, MPH

Allergies: Please list medication and what reaction you had:

Family History: Has any member of your family, including parents, grandparents, brothers, or sisters ever had: (list person or persons involved):

Cancer: Person _____ How old were they when they had the disease _____ did this person die of the disease _____

Breast Cancer: _____

Ovarian Cancer: _____

Uterine Cancer: _____

Other Cancer: _____

Diabetes _____

Heart disease _____

High blood pressure _____

Kidney disease _____

Lung disease _____

Blood clots _____

Excessive bleeding (with dental extractions, child birth etc.) _____

Breasts:

Have you ever had a mammogram? _____ Date of last mammogram _____

Have you had a breast biopsy? _____

Colon:

Have you ever had a colonoscopy? _____ Date of last colonoscopy / result _____

Bone Density:

Have you had bone density screening? _____ Date: _____

Menstrual History:

What was the first day of your last normal menstrual period? _____

At what age did your menstrual periods begin? _____ How long are your usual menstrual cycles? (28-30 days apart?) _____

What is an average number of days you flow? _____ Any Cramps? _____ Is the flow heavy? _____

Date of your last PAP smear? _____ Have you ever had an abnormal PAP smear? _____ When? _____

If yes, please explain: _____

Age of Menopause, if applicable _____ Symptoms? _____

Birth Control History (if applicable):

Present method _____ last Used? _____

Problems with present or prior methods _____

Pregnancy History:

Number of: Pregnancies _____ Live births _____ Living Children _____ Miscarriages _____ Therapeutic Abortions _____

How old is your youngest child? _____ Birth weight: Largest _____ Smallest _____ Age at first pregnancy _____

What problems did you have with prior pregnancies, births or abortions? _____

Social History: Do you smoke? _____ How much? _____

How much alcohol do you drink? _____

What drugs have you used (marijuana, amphetamines, cocaine?) _____

Have you ever shared needles? _____

On a scale of 1 – 10 (1=very poor; 10 =excellent) how would you rate: your job / work situation? _____ Home? _____

If applicable, how would you rate your relationship with your spouse / partner? _____

Have you ever had problems with your sex life? _____

Have you ever been hurt by sex? _____

Have you ever been forced to have a sexual encounter? _____

What is your height? _____ Recent weight? _____ Desired weight? _____

Are there any special concerns you would like to discuss with the doctor during your visit?

Thank You!!!