

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)

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 lo siguiente:

Nombre del representante personal

Relación al paciente

Formulario de antecedentes médicos

Fecha de hoy: _____ Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Médico de atención primaria: _____ Médico que remite: _____

Antecedentes médicos personales: ¿Alguna vez le diagnosticaron lo siguiente? (Marque lo que corresponda)

- | | | | |
|---|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Cáncer
<input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca/
insuficiencia cardíaca
congestiva
<input type="checkbox"/> Hipertensión arterial
<input type="checkbox"/> Trastornos en la sangre
<input type="checkbox"/> Anemia
<input type="checkbox"/> Coágulos sanguíneos
<input type="checkbox"/> Enfermedad neurológica
<input type="checkbox"/> Epilepsia/convulsiones | <input type="checkbox"/> Accidente
cerebrovascular
<input type="checkbox"/> Jaquecas
<input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar
<input type="checkbox"/> Neumonía
<input type="checkbox"/> Asma
<input type="checkbox"/> Exposición al amianto
<input type="checkbox"/> Tuberculosis
<input type="checkbox"/> Enfisema/enfermedad
pulmonar obstructiva
crónica | <input type="checkbox"/> Enfermedad hepática
<input type="checkbox"/> Hepatitis
<input type="checkbox"/> Enfermedad pancreática
<input type="checkbox"/> Enfermedad inflamatoria
intestinal
<input type="checkbox"/> Enfermedad de la vesícula
biliar
<input type="checkbox"/> Enfermedad renal
<input type="checkbox"/> Problemas de la glándula
tiroidea
<input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Dependencia del alcohol/de las
drogas
<input type="checkbox"/> Problemas de salud mental
<input type="checkbox"/> Artritis reumatoide
<input type="checkbox"/> Lupus/enfermedad autoinmunitaria
<input type="checkbox"/> Esclerosis múltiple
<input type="checkbox"/> VIH/SIDA
<input type="checkbox"/> Artrosis
<input type="checkbox"/> Úlceras en la piel |
|---|--|--|---|

Otro: _____

Antecedentes quirúrgicos: enumere las operaciones que ha tenido y los motivos de las cirugías. Brinde fechas aproximadas y enumérelas en orden cronológico, si es posible, incluidas amígdalas, cesáreas, etc.

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

Hospitalizaciones, enfermedades graves y lesiones: brinde fechas aproximadas y enumérelas en orden cronológico si es posible.

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

¿Ha tenido una transfusión de sangre? Sí No

Antecedentes familiares:

Relación	Encierre en un círculo el que corresponda	Edad	Si falleció: Edad y causa del deceso	Antecedente médico significativo
Padre	Vivo Fallecido			
Madre	Viva Fallecida			
Hermano 1:	Vivo Fallecido			
Hermano 2:	Vivo Fallecido			
Hermano 3:	Vivo Fallecido			
Hermano 4:	Vivo Fallecido			

¿Alguien de su familia ampliada tuvo alguna vez alguna de las siguientes afecciones? (Incluya primos, abuelos, tíos/tías):

Relación	Materno o paterno	Edad de aparición	Antecedentes de cáncer (si la respuesta es afirmativa, indique de qué tipo)	Antecedentes de coágulos sanguíneos (si la respuesta es afirmativa, indique dónde)	Antecedentes de sangrado excesivo (si la respuesta es afirmativa, indique dónde)
Abuela					
Abuelo					
Abuela					
Abuelo					
Tía/tío					
Tía/tío					
Primo					

Fecha de hoy: _____ Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

¿Tiene una directiva anticipada para decisiones de atención médica? Sí No

Antecedentes sociales:

¿Utiliza nicotina? Sí No ¿Cuánto/hace cuánto tiempo?: _____ ¿Dejó? ¿Cuándo?: _____
¿Qué tipo? Cigarrillos Cigarros De mascar

¿Bebe alcohol? Sí No ¿Cuánto/hace cuánto tiempo?: _____ ¿Dejó? ¿Cuándo?: _____

¿Ha utilizado drogas? Sí No ¿Qué tipo?: _____ ¿Dejó? ¿Cuándo?: _____

Estado civil: Soltero Casado En concubinato Divorciado Viudo

Situación de vivienda: Solo Con compañero de piso Con el cónyuge/la pareja Con el compañero Con los hijos Con los padres

Vacunaciones: Brinde la fecha de la vacunación más reciente o la fecha en que finalizó la serie.

Gripe: _____ Neumonía: _____ Hepatitis A: _____ Hepatitis B: _____

Herpes zóster: _____ Tétano: _____ Virus del papiloma humano (VPH): _____

Vacuna antimeningocócica: _____

Salud preventiva:

¿Alguna vez se realizó una colonoscopia? Sí No

Fecha/lugar de la última colonoscopia: _____ Resultados: _____

¿Alguna vez se realizó una densitometría ósea? Sí No

Fecha/lugar de la última densitometría: _____ Resultados: _____

¿Alguna vez se realizó una mamografía? Sí No

Fecha/lugar de la última mamografía: _____ Resultados: _____

PARA MUJERES

Antecedentes de menstruación:

Fecha de la última menstruación: _____ Edad de la primera menstruación: _____ Edad de la menopausia: _____

Fecha de la última prueba de Papanicolaou: _____ ¿Alguna vez tuvo resultados anormales en una prueba de Papanicolaou? Sí No

Cantidad de partos en los que el bebé nació con vida: _____ Cantidad de embarazos: _____

Método anticonceptivo actual: _____ ¿Le interesa conservar su fertilidad? Sí No

Alergias a medicamentos: Enumere los medicamentos y las reacciones.

Medicamento	Reacción	Medicamento	Reacción

Lista de medicamentos: Enumere los medicamentos, las dosis y con qué frecuencia los toma. Incluya suplementos y artículos de venta sin receta.

Nombre	Dosis	Frecuencia	Nombre	Dosis	Frecuencia