

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					
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 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.

Table with 5 rows and 4 columns: Name, Relationship to patient, Phone, Emergency contact (circle), and Yes/No options.

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

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

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

Hematológicos:

- Sangrado anormal
- Formación anormal de moretones
- Ganglios inflamados

Alergias/inmunológicos:

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

Piel:

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

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

Cardiovasculares:

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

Respiratorios:

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

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

Urinarios:

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

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

Neurológicos:

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

Endócrinos:

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

PARA MUJERES

Ginecológicos:

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

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

- NO** tengo ningún síntoma.



Tecnología de documentación ambiental y remota

Su proveedor utiliza tecnología segura que cumple con lo establecido por la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA); dicha tecnología puede emplear herramientas de documentación ambiental y remota. Estas herramientas crean su expediente médico electrónico en tiempo real o de forma diferida y brindan ayuda a su proveedor durante su visita. La transmisión o la grabación de audio se almacena de forma segura de acuerdo con las disposiciones de la HIPAA y se utiliza para mejorar la atención y la documentación médicas, y para asegurar la calidad. La transmisión o la grabación de audio no se conservará permanentemente ni se utilizará fuera de los tratamientos y las operaciones de rutina.

Me han informado que yo elijo si quiero que se usen tecnologías de documentación ambiental y remota en mi visita a mi proveedor. También sé que, al firmar este formulario, doy mi consentimiento para que el proveedor utilice esta tecnología en todas mis visitas futuras. El proveedor o un miembro del personal ha respondido todas mis preguntas.

Si en algún momento decido no permitir el uso de esta tecnología, debo informarlo al proveedor o al personal para que el proveedor deje de usarla.

Entiendo lo anterior y doy mi consentimiento para el uso de tecnología de documentación ambiental y remota en mis citas. Este consentimiento es válido desde la fecha de mi firma para todas las visitas futuras. En cualquier momento tengo derecho a negarme al uso de tecnología de documentación ambiental y remota.

Nombre del paciente (en mayúsculas)

Fecha de nacimiento

Firma del paciente o del representante autorizado legalmente

Fecha