RADIANT CANCER CARE

Paquete de Registro de Pacientes

INFORMACIÓN DEL PACIENTE:

Consultorio: _____ **Fecha:** _____

Apellido: _____ **Nombre:** _____

Número de seguro social: _____ **Fecha de nacimiento** _____ **Sexo:** _____

Domicilio: _____ **N.° de apartamento/habitación:** _____

Ciudad: _____ **Estado:** _____ **Código postal:** « _____

Teléfono particular: _____ **Teléfono celular:** _____

Correo electrónico: _____

Médico de cabecera: _____ **Médico de referencia:** _____

Empleador: _____ **Teléfono laboral:** _____

Estado civil: _____ **¿Su cónyuge trabaja o está jubilado/a?** _____

Nombre del cónyuge: _____ **Fecha de nacimiento del cónyuge:** _____

Número de seguro social del cónyuge: _____ **Número de contacto del cónyuge:** _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO:

Seguro primario: _____ **ID del plan:** _____

N.° de grupo: _____ **Número de teléfono:** _____

Seguro secundario: _____ **ID del plan:** _____

N.° de grupo: _____ **Número de teléfono:** _____

INFORMACIÓN DE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA:

Nombre: _____ **Teléfono:** _____

Relación con el contacto: _____ **Tutor:** _____

Domicilio: _____ **N.° de apartamento/habitación:** _____

Ciudad: _____ **Estado:** _____ **Código postal:** _____

En este momento, ¿se encuentra internado en un hospital o inscripto en un Hospicio o un Centro de Enfermería Especializada?
Sí_____ No_____ Si su respuesta es **sí**, complete los siguientes datos:

Nombre del centro: _____ **Teléfono:** _____

Domicilio: _____

Ciudad: _____ **Estado:** _____ **Código postal:** _____

RADIANT
CANCER CARE

PERMISO DEL PACIENTE PARA COMUNICAR INFORMACION A CIERTOS INDIVIDUOS

Nuestros médicos y su personal saben cuán importante es comunicarse con usted sobre su atención médica. Al completar este formulario, nos da permiso para enviar mensajes y/o discutir información sobre su atención medica con las personas indicadas a continuación. Entiendo que puedo cancelar y/o actualizar esta información en cualquier momento notificando a un representante del consultorio médico.

1. Doy permiso a los médicos y su personal a discutir información médica, de facturación y de seguro con los individuos enumerados a continuación (ejemplo: conyugue, familiares, amigos, etc.). Entiendo que mi proveedor de atención medica usará juicio profesional para determinar qué información sobre mi atención medica se podrá discutir con las personas designadas a continuación*:

Individuo	Relación al paciente	Teléfono

Paciente/Representante autorizado:

Firma_____Fecha: _____ Hora: _____**

Nombre impreso del Representante autorizado: _____

Relación al paciente: _____

****Si un representante autorizado firma este formulario, documentación legal respaldando la autorización debe acompañar este formulario.**

*Radiant Cancer Care se reserve expresamente el derecho de revelar información a otras personas que pueden no estar en la lista si
HIPAA así lo permite e incluya, entre otras cosas, divulgaciones referidas al tratamiento, pago u operaciones de atención médica.

RADIANT
CANCER CARE

Formulario de autorización de asignación de beneficios/derecho de pago, responsabilidad del paciente y divulgación de información

Radiant Oncology Medical Group

40055 Bob Hope Drive Suite B

Rancho Mirage, CA 92270

Yo, quien suscribe, cedo al prestador/entidad mencionado anteriormente ("Prestador") mis derechos y beneficios respecto de todo plan de seguro médico, de beneficios de salud u otras fuentes de pago de servicios de atención médica (cada una de ellas denominada "Plan") relacionadas con servicios médicos brindados por el Prestador, sus empleados y representantes. Comprendo que este documento constituye una cesión directa de los derechos y beneficios incluidos en mi Plan.

Autorizo a mi compañía de seguros a pagar directamente al Prestador los beneficios de costos médicos o profesionales a pagar a mi persona. En el caso de que mi póliza actual prohíba el pago directo al Prestador, indico a la compañía de seguros que libre el cheque por los beneficios de mi Plan de costos médicos o profesionales a pagar a mi persona a mi nombre, como pago a cuenta de los cargos totales por servicios prestados; y que lo envíe directamente a la dirección de apartado postal arriba mencionada. Además, acepto y comprendo que todos los fondos que recibo de parte de la compañía de seguros con respecto a los servicios prestados por el Prestador se le deben al Prestador y acepto enviárselos directamente a este.

Responsabilidad del paciente

Reconozco y acuerdo que soy responsable de todos los cargos por los servicios brindados que mi Plan no cubra o que, según mi Plan, me corresponda pagar a mí. En la medida que no exista cobertura en mi Plan, reconozco que soy responsable de todos los cargos por los servicios brindados y acepto pagar los que mi Plan no cubra.

Divulgación de información

Autorizo al Prestador o sus representantes a divulgar cualquier tipo de información médica o de otra índole que ellos posean sobre mí para mi Plan, la Administración de Seguridad Social, cualquier agencia administrativa estatal, sus intermediarios o agentes fiscales, exigida o solicitada, que guarde relación con cualquier reclamación sobre servicios que me haya brindado el Prestador.

Una fotocopia de esta Cesión/Autorización se considerará tan efectiva y válida como el original.

_____ _____
Firma del paciente/persona legalmente responsable Fecha

_____ _____
Aclaración del nombre del paciente/persona legalmente responsable Fecha

_____
Relación con el paciente (si firma la persona legalmente responsable)

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

RADIANT CANCER CARE

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN Y CÓMO PUEDE ACCEDER USTED A ESTA INFORMACIÓN. LÉALO ATENTAMENTE.

Cada vez que visita a nuestros médicos o recibe tratamiento, se procede al registro de su visita. Este registro puede contener sus síntomas, resultados de exámenes y análisis, diagnósticos, tratamiento, un plan de cuidados o tratamiento a futuro e información relacionada con la facturación. Este aviso se aplica a todos los registros de atención que genere su médico.

Nuestras responsabilidades
Por ley, debemos mantener la privacidad de su información médica protegida, darle aviso de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad respecto de dicha información y notificar a todas las personas afectadas si ocurriere una violación a este tipo de información que no tenga garantía. Obraremos de conformidad con los términos del aviso vigente en este momento.

Usos y divulgaciones: cómo podríamos utilizar y divulgar su información médica protegida

Para tratamiento: Podemos utilizar este tipo de información para brindarle tratamiento o servicios. Podemos revelar información médica protegida sobre usted a médicos, enfermeras u otro personal involucrado en su cuidado. Por ejemplo, es probable que debamos comunicarnos con su médico de cabecera para planificar su tratamiento y seguimiento.

Para pagos: Podemos utilizar y divulgar información médica protegida sobre su tratamiento y servicios para facturarlos y cobrárselos a usted, a su compañía de seguros o a otro pagador. Por ejemplo, es probable que debamos brindar información sobre su diagnóstico a la compañía de seguros para que nos pague o le reintegre a usted el pago del tratamiento.

Para operaciones del cuidado de la salud: De ser necesario, podemos utilizar o divulgar su información médica protegida para ejercer nuestra práctica. Por ejemplo, los miembros del cuerpo médico o del equipo de mejora de calidad pueden utilizar la información de su historia clínica para evaluar los cuidados y resultados de su caso y otros similares. Los resultados posteriormente se utilizarán para continuar mejorando la calidad de atención para todos nuestros pacientes.

Además, podríamos utilizar y divulgar información médica protegida para:

- socios comerciales contratados para prestar un servicio acordado
- recordarle que tiene un turno médico
- evaluar su nivel de satisfacción respecto de nuestros servicios
- informarle posibles tratamientos alternativos
- informarle beneficios o servicios relacionados con la salud
- realizar una gestión de caso o actividades de coordinación de cuidados
- contactarlo como parte de nuestro esfuerzo para recaudar fondos, si lo hubiera, aunque puede optar por no recibir este tipo de comunicaciones
- informar a los directores de funerarias de conformidad con la ley vigente
- actividades basadas en la población que tienen que ver con la mejora de la salud o la reducción de los costos de asistencia médica
- llevar a cabo programas de capacitación o evaluar la competencia de los profesionales de la salud

Personas involucradas en su atención o en el pago de esta: Podemos divulgar información médica protegida suya a un amigo o familiar que participe de su atención médica o que lo ayude a pagarla.
Investigación: Podemos divulgar información a investigadores si así lo aprueba un consejo de revisión institucional, con los amparos adecuados para garantizar la privacidad de su información médica y de cualquier otra forma permitida por ley.
Comunicaciones futuras: Podemos comunicarnos con usted por medio de boletines informativos, correos masivos u otros medios para brindarle información sobre tratamientos alternativos, el cuidado de la salud, programas de manejo de enfermedades o de bienestar u otras iniciativas o actividades comunitarias en las que participe nuestro centro.
Según lo exija la ley, también podemos divulgar información a los siguientes tipos de entidades, entre otros:

- la Administración de Medicamentos y Alimentos de los Estados Unidos
- autoridades legales o de salud pública encargadas de prevenir o controlar enfermedades, lesiones, discapacidades u otras amenazas contra la salud o la seguridad
- instituciones correccionales (si está bajo la custodia de una de ellas o de un agente del orden público)
- representantes de aseguradoras del riesgo del trabajo
- organizaciones de donación de órganos y tejido
- autoridades de comandos militares
- agencias de supervisión de la salud
- directores de funerarias, médicos forenses y médicos examinadores
- agencias de seguridad e inteligencia nacional
- servicios de protección al presidente y otros

Orden público/procedimientos legales: Según lo exija la ley, podemos divulgar información médica para fines de orden público o en respuesta a un requerimiento u orden judicial válidos.

Otros usos de su información médica protegida que requieren de su autorización

Solo se podrá utilizar y divulgar información suya relacionada con la publicación de notas psicoterapéuticas (si las hubiere mercadotecnia venta de su información protegida u otros casos no descriptos en este aviso ni exigidos por ley, con su permiso escrito por separado. Si nos autoriza a utilizar o divulgar su información médica protegida, puede anular dicha autorización por escrito en cualquier momento. En el caso de anular la autorización, ya no utilizaremos ni divulgaremos su información por los motivos que en ella se describen. Usted comprende que es imposible para nosotros recuperar divulgaciones ya realizadas con su consentimiento y que nos exigen conservar los registros de la atención que le brindamos.

Sus derechos sobre la información médica

Si bien su historia clínica es propiedad física del profesional o del centro que la compiló, usted tiene derecho a:

- Inspeccionar y copiar la información médica protegida. Puede comunicarse con nosotros para solicitar acceso a su historia clínica. Puede solicitar que enviemos la información directamente a otra persona según sus instrucciones escritas y firmadas. Nosotros podemos rechazar su solicitud de inspeccionar y copiar su historia clínica en determinadas circunstancias limitadas. En algunos casos, si se le niega el acceso a la información médica protegida, puede solicitar la revisión de la negación. Otro profesional del cuidado de la salud autorizado y elegido por nosotros, revisará su solicitud y la negación. Esta persona que lleve a cabo la revisión no será la misma que rechazó su solicitud. Acataremos el resultado de la revisión. Nos reservamos el derecho de cobrarle un monto razonable para cubrir el costo de brindarle una copia de su historia clínica.
- Solicitar una corrección. Si usted considera que la información médica protegida que tenemos sobre usted es incorrecta o incompleta, puede presentar una solicitud de corrección de dicha información por escrito, explicando los motivos que la sustentan. Tiene derecho a solicitar la corrección de la información durante el tiempo que la conservemos o que se conserve para nosotros. Podemos rechazar su pedido de corrección; de ser el caso, se le notificará el motivo del rechazo.
- Solicitar un recuento de las divulgaciones. Es una lista de determinadas divulgaciones que realizamos de su información médica protegida para otros fines que no sean de tratamiento, pago, operaciones para el cuidado de la salud u otros fines determinados permitidos.
- Solicitar restricciones o limitaciones sobre la información médica protegida que utilizamos o divulgamos sobre usted para tratamiento, pagos u operaciones para el cuidado de la salud. Además, tiene derecho a solicitar una limitación de la información médica protegida que divulgamos a una persona involucrada con su atención o con el pago de su atención, como puede ser un familiar o un amigo. Por ejemplo, puede solicitar que no utilicemos ni divulguemos información acerca de alguna cirugía que se le haya practicado. No estamos obligados a aceptar su solicitud, salvo en los casos que figuran a continuación. En el caso de aceptarla, cumpliremos con su solicitud salvo que la información se necesite para brindarle tratamiento de emergencia. En el caso de que nos solicite que no divulguemos su información médica a su plan de salud, lo cumpliremos siempre y cuando (i) la divulgación se debiera a un pago u operaciones para el cuidado de la salud y no sea de otro modo exigida por ley y (ii) dicha información esté relacionada solo con elementos o servicios pagados en su totalidad por alguien que no sea su plan de salud.
- Solicitar comunicaciones confidenciales. Tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted por razones médicas de determinada manera o en determinado lugar. Por ejemplo, puede solicitar que lo contactemos en el trabajo o por correo postal. Solo autorizaremos solicitudes de comunicaciones confidenciales en ubicaciones alternativas o por medios alternativos si se presentan por escrito, indicando la dirección de correo donde recibirá las facturas por los servicios prestados y la correspondencia relacionada con el pago de los servicios. Tenga en cuenta que nos reservamos el derecho de contactarlo por otros medios y en otras ubicaciones en el caso en que no responda a alguna comunicación que requiera de respuesta.
- Una copia impresa de este aviso. Puede solicitarnos en cualquier momento que le entreguemos una copia de este aviso. Incluso en el caso de haber aceptado recibir este aviso por medio electrónico, tiene derecho a que le entreguen una copia impresa. Puede obtener una copia de este aviso en nuestra página Web www.21stcenturyoncology.com.

Cambios a este aviso

Nos reservamos el derecho a cambiar este aviso; la versión revisada será efectiva para la información que ya tenemos sobre usted, así como cualquier información que recibamos en el futuro. El aviso actualizado se publicará en el centro de atención e incluirá la nueva fecha de entrada en vigencia. Habrá copias disponibles en nuestro sitio web y le entregaremos una cuando regrese al centro luego de la fecha de entrada en vigencia.

Quejas

Si usted considera que se violaron sus derechos a la privacidad, puede llamar a nuestro Oficial Responsable de asuntos de privacidad al número gratuito 1-866-679- 8944 o comunicarse con el Departamento de Salud y Servicios Sociales de los Estados Unidos para presentar una queja.
No se lo sancionará por presentar una queja.
Para obtener más información, comuníquese co
Oficial Responsable de asuntos de privacidad
2270 Colonial Boulevard
Fort Myers, FL 33907
1-866-679-8944

RADIANT CANCER CARE

ACUSE DE RECIBO DE AVISO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD

Por medio de la presente admito que:

Se me entregó una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad.
En el caso de haber ingresado para recibir tratamiento médico en una situación de emergencia, se me entregó el aviso apenas fue posible luego de la situación de emergencia.

_____ _____
Firma del paciente o representante Fecha

_____
Aclaración del nombre del paciente o representante

PARA USO EXCLUSIVO DEL CONSULTORIO

En el caso de no poder conseguir el acuse de recibo, complete la siguiente información:

Nombre del paciente: _____

Fecha en la que se intentó conseguir el acuse: _____

Motivo por el que no se consiguió:

- ☐ El paciente/familiar recibió el aviso, pero se negó a firmar el acuse
- ☐ Situación de tratamiento de emergencia
- ☐ El paciente no estaba en condiciones de firmarlo y no había ningún familiar presente
- ☐ La comunicación fue impedida por el idioma
- ☐ Otro (describir abajo)

_____
_____
_____
_____

_____ _____
Firma del empleado Fecha

HISTORIAL MÉDICO - AUTOEVALUACIÓN DEL PACIENTE

RADIANT CANCER CARE

Nombre del paciente: _____ **FechaNac.** _____ **Edad** _____ ☐ Hombre ☐ Mujer

Estado civil: ☐ Soltero(a) ☐ Casado(a) ☐ En pareja ☐ Separado(a) ☐ Divorciado(a) ☐ Viudo(a)

ALERGIAS:

¿Es alérgico(a) al látex? Sí_____No_____

¿Es alérgico(a) al contraste intravenoso? Sí_____No_____Si sí, reacción: _____

¿Es alérgico(a) a algún medicamento? Sí_____ No_____Si sí, _____

Otros (drogas, alimentos, cinta adhesiva, etc.) _____

LISTA DE MEDICAMENTOS:

Medicamento	Dosis	Frecuencia

Nombre de la farmacia:_____ **Número de la farmacia:** _____

¿HA RECIBIDO TERAPIA DE RADIACIÓN? Sí___No_____

Si contesto **SI**, ¿Cuándo?_____

Nombre del médico/instalación:_____

Ciudad:_____Estado:_____C.P.:_____

¿Qué parte del cuerpo/área fue tratada?_____

¿HA RECIBIDIO QUIMIOTERAPIA? Sí___No_____

Si contesto **SI**, ¿cuándo? _____

Nombre del médico/instalación: _____

Ciudad:_____Estado:_____C.P.: _____

¿HA RECIBIDO TERAPIA DE HORMONAS? Sí_No _____

Si contesto **SI**, ¿qué medicamento?_____¿Cuándo? _____

Nombre del médico/instalación: _____

Ciudad:_____Estado:_____C.P.: __

HISTORIAL MÉDICO - AUTOEVALUACIÓN DEL PACIENTE

RADIANT CANCER CARE

¿HA SUFRIDO CUALQUIERA DE LAS SIGUIENTES CONDICIONES? Marque todas las que apliquen.

☐ **Diagnóstico de cáncer:** Tipo: _____

CORAZÓN:

- ☐ Enfermedades del corazón
- ☐ Infarto
- ☐ Angina (Dolor de pecho)
- ☐ Desfibrilador
- ☐ Latido irregular
- ☐ Colesterol alto
- ☐ Marcapasos
  - Tipo:
  - Modelo:
  - Cardiólogo:

TRACTO DIGESTIVO:

- ☐ Dificultad para tragar
- ☐ Disminución del apetito
- ☐ Vomito frecuente
- ☐ Vomitar sangre
- ☐ Hernia hiatal
- ☐ Reflujo gástrico
- ☐ Pólipos intestinales
- Excremento oscuro/negro
- ☐ Diverticulitis
- ☐ Diverticulosis
- ☐ Enfermedad inflamatoria intestinal
- ☐ Sangre en el excremento
- ☐ Diarrea frecuente
- ☐ Constipación
- ☐ Hemorroides

PULMÓN:

- ☐ Afonía/ronquera
- ☐ Tos persistente
- ☐ Toser sangre
- ☐ Prueba de tuberculosis positiva
- ☐ Enfisema
- ☐ EPOC (COPD)
- ☐ Dificultad para respirar
- ☐ Incapacidad para permanecer acostado sobre la espalda
- ☐ Asma

DESORDENES NEUROLÓGICOS:

- ☐ Dolores de cabeza frecuentes
- ☐ Mareos
- ☐ Temblores
- ☐ Embolia
- ☐ Parálisis
- ☐ Polio
- ☐ Debilidad en las extremidades

HISTORIA PSIQUIATRICA:

- ☐ Ansiedad
- ☐ Desorden bipolar
- ☐ Psicosis
- ☐ Depresión

VISIÓN:

- ☐ Glaucoma
- ☐ Cataratas
- ☐ Disminución de la visión
- ☐ Lentes/Lentes de contacto
- ☐ Dificultad para ver profundidad
- ☐ Dificultad para ver de noche

OÍDO:

- ☐ Utiliza aparatos de audición
  - ☐ Oído derecho
  - ☐ Oído izquierdo
- ☐ Ha sufrido pérdida del oído

TRACTO URINARIO:

- ☐ Dificultad para comenzar a orinar
- ☐ Sangre en la orina
- ☐ Dolor o ardor al orinar
- ☐ Incapacidad para controlar la orina
- ☐ Deseos frecuentes de orinar

RADIANT CANCER CARE

- ☐ Neumonía
- ☐ Bronquitis crónica
- ☐ Escape de orina
- ☐ Piedras en los riñones

OTROS:

- ☐ Anemia
- ☐ Diabetes
  - ☐ ¿Tiene bomba de insulina?
- ☐ Desorden tiroideo
- ☐ Problemas de sinusitis
- ☐ Intestinos
- ☐ Aumento en la fatiga
- ☐ Huesos rotos: _____
- ☐ Convulsiones
- ☐ Lupus
- ☐ Escleroderma
- ☐ Artritis reumatoide
- ☐ Alta presión arterial
  - ☐ ¿Se trató con medicamento?
- ☐ Otro: ___

¿Tiene dentadura? Sí ☐ No ☐

SALUD ACTUAL

¿Pérdida, ganancia o sin variación de peso reciente? (Circule una)

¿Cuántas libras? _____

¿Sexualmente activo(a)? Sí ☐ No ☐

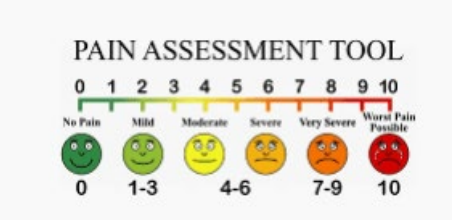
DOLOR

¿Tiene dolor ahora? Sí ☐ No ☐

En una escala del 1 al 10, 10 considerado mucho dolor, ¿qué tan severo es su dolor?

-

No hay dolor Dolor moderado Dolor insoportable



Ubicación del dolor:

¿Cuánto tiempo ha sufrido este dolor? _____

¿Cómo maneja su dolor hasta ahora? _____

¿Le duele la espalda baja? Sí_____No_____

Si contesto **SI**, ¿lo han tratado para dolor de espalda baja en los últimos 30 días? Si_____No

Por favor explique:_____.

RADIANT CANCER CARE

HISTORIAL DE SALUD RECIENTE: En los <u>últimos 6 meses</u> ha tenido cualquiera de los siguientes:

Difteria	☐	Varicela	☐
Tosferina	☐	Sarampión	☐
Escarlatina	☐	Rubeola	☐
Infección de	☐	Paperas	☐
Viruela	☐	Meningitis	☐

Vacuna de la influenza:	☐ Sí	☐ No	**Fecha:**	_____
Vacuna de neumonía:	☐ Sí	☐ No	**Fecha:**	_____
Colonoscopia:	☐ Sí	☐ No	**Fecha:**	_____
Sigmoidoscopia:	☐ Sí	☐ No	**Fecha:**	_____

OPERACIONES PREVIAS: Favor de indicar cuándo se llevó a cabo (año):

- ☐ Cirugía de ojos
- ☐ Amigdalotomía
- ☐ Cirugía de tiroides
- ☐ Cirugía de corazón
- ☐ Cirugía de baipás de la arteria coronaria
- ☐ Reemplazo de válvula cardiaca
- ☐ Reemplazo de Stent
- ☐ Cirugía de pulmón
- ☐ Caroga de seno
- ☐ Apendectomía
- ☐ Colecistectomía (vesícula)
- ☐ Cirugía de hernia
- ☐ Cirugía del colón o recto
- ☐ Cirugía de vejiga
- ☐ Cirugía de próstata
- ☐ Histerectomía (útero)
- ☐ D & C
- ☐ Reemplazo de articulaciones
- ☐ Tarjeta de dispositivo implantada
- ☐ Otro

EVALUACIÓN DE MOVILIDAD-RIESGO DE CAÍDA

¿Necesita asistencia para caminar? Bastón_____Caminadora_____Silla de ruedas _____

¿Se ha caído con anterioridad o se ha lesionado a causa de una caída? Sí_____No _____

¿Se siente más débil que antes o tiene menos fuerza en sus brazos o piernas? Sí_____No _____

¿Ha dejado o evitado hacer ejercicio/actividades diarias por miedo a caerse? Sí_____No _____

¿Tiene úlceras en los pies, juanetes, dedos del pie en martillo o callosidades, que duelen o causan que ajuste su paso? Sí_____No ___

¿No se siente seguro cuando está de pie o arrastra los pies al caminar? Sí_____No _____

¿Se marea cuando se pone de pie? Sí_____No _____

¿Cuántas caídas ha tenido en los últimos 12 meses? _____

¿Sufrió alguna lesión debido a esas caídas? Sí_____No_____Explique: _____

RADIANT CANCER CARE

MUJERES: Favor de completar la siguiente información:

¿Cuándo comenzó con sus periodos menstruales? Edad/años cuando sucedió el 1er periodo?:_____

¿Tiene actualmente periodos menstruales? Sí___No____Último periodo: _____

¿Está o existe la posibilidad de que pueda estar embarazada? Sí_____No _____

Número de embarazos:_____Número de partos:_____Su edad al nacer su primer hijo(a):_____

¿Alguna vez tomó hormonas? (p.e. Estrógeno, píldoras anticonceptivas (andrógenos)? Sí___No_____

Si contesto **SI**, ¿por cuánto tiempo?_____Médico que las recetó: _____

Fecha del ultimo Papanicolaou:_____ Resultado: ☐ Positivo ☐ Negativo ☐ Desconocido
Fecha del ultimo mamografía:_____ Resultado: ☐ Positivo ☐ Negativo ☐ Desconocido

HISTORIAL SOCIAL:

¿Alguna vez ha fumado? Sí_____No__¿Por cuánto tiempo?_¿Cuántos paquetes al día? _____

¿Ha dejado de fumar? Sí_____No_____Si contesto **SI,** ¿desde cuándo/cuándo? _____

¿Ha masticado tabaco alguna vez? Sí_____No_____¿Cuánto? _____

¿Ha dejado de masticar tabaco? Sí_____No_____Si contesto **SI**, ¿desde cuándo/cuándo?_____

¿Bebe alcohol? Sí_____No_____Si contesto **SI**, ¿con cuánta frecuencia?_____

¿Cuánto y qué bebe?_____

¿Ha dejado de fumar? Sí_____No_____Si contesto **SI,** ¿cuándo dejo de fumar? _____

Uso de drogas callejeras: ☐ Marihuana ☐ Cocaína ☐ Meth ☐ Otra: _____

¿Necesita ayuda con lo siguiente?: superar alguna situación, asistencia financiera, nutrición, trabajo social, transportación, asistencia en el hogar) No_____Sí____

¿Se adhiere a alguna creencia religiosa que le gustaría que fuera de nuestro conocimiento?

_____

OCUPACIÓN:

Cuál es o era su ocupación principal? _____

¿Aún trabaja? Sí_____No_____Explique: _____

¿Ha servido en el ejército? Sí_____No _____

¿Alguna vez trabajo en algo que involucrara exposición a asbestos o químicos cancerosos, fumarolas o carcinógenos? Sí_____No_____

Sí contesto **SI**, describa: _____

EVALUAMOS A TODOS LOS PACIENTES POR VIOLENCIA DOMÉSTICA O ABUSO:

¿Alguien en su casa lo(a) lastima, pega o amenaza? Sí_____No _____

Si contesto **SI**, por favor explique:_____

¿Cómo se protege? _____

RADIANT CANCER CARE

HISTORIAL FAMILIAR:

PADRE: Si vive, edad:_____
Si falleció, edad al momento del fallecimiento: _____
Problemas medicos: _____
_____

MADRE: Si vive, edad:_____
Si falleció, edad al momento del fallecimiento: _____
Problemas medicos: _____
_____

HERMANOS: # de mujeres_____# de hombres:_____
Problemas médicos/fallecidos:
_____
_____

HIJOS: # de mujeres_____# de hombres:_____
Problemas médicos/fallecidos:
_____
_____

¿Hay algún **historial de cáncer o enfermedad de la sangre** en cualquier otro miembro de la familia, como abuelos, tíos(as), primos, etc.? Sí_____ No_____
Si contesto SI, por favor describa:_____
_____
_____

FAVOR DE LISTAR LOS NOMBRES Y DIRECCIONES DE LOS MÉDICOS A LOS QUE LE GUSTARÍA ENVIAR CORRESPONDENCIA:

Como paciente, reconoce que llenar este formulario constituye el resumen de su historial clínico completo.

Nombre:	Telefono:	Fax:

Firma del paciente:_____**Fecha**: _____

Firma de la enfermera:_____**Fecha**: _____.