



Colocar la etiqueta aquí

## FORMULARIO DE HISTORIA CLÍNICA DEL PACIENTE

Estimado paciente:

Devuelva el paquete completado, junto a las páginas que contienen las firmas, en la recepción.

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_  Masculino  Femenino

N.º de seguro social: \_\_\_\_\_

Domicilio principal: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono particular:  Preferencia (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Celular  Preferencia (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Domicilio secundario: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

¿Podríamos dejar un mensaje en su contestadora automática/correo de voz?  Sí  No

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

¿Podríamos enviarle un correo electrónico?  Sí  No

Idioma de preferencia: \_\_\_\_\_

Origen étnico:  Hispano/latino  No hispano/latino

Raza:  Nativo americano o nativo de Alaska  Asiático  Negro o afroamericano

Nativo de Hawái o de otra isla del Pacífico  Blanco  Otra

Nombre de la farmacia: \_\_\_\_\_

Teléfono de la farmacia y calles transversales: \_\_\_\_\_

*(Solo para uso interno)*

N.º de historia clínica: \_\_\_\_\_

**Nombre del paciente:** \_\_\_\_\_ **Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_

---

**Médico de atención primaria:** \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Médico que lo refirió a nuestra clínica (si fuera otro): \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Enumere a los médicos que consulta: (Incluya el n.º de teléfono):

\_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

**Nombre del contacto de emergencia:** \_\_\_\_\_

Relación: \_\_\_\_\_ Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**Situación laboral:**

Empleado/Independiente     Desempleado     Retirado     Discapacitado

Ocupación (u ocupación anterior): \_\_\_\_\_

Nombre del empleador: \_\_\_\_\_ Teléfono laboral: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**Directivas avanzadas:**

**Testamento en vida**     Sí     No     Se desconoce

**Carta poder legal**     Sí     No     Se desconoce

**Orden de no resucitar**     Sí     No     Se desconoce

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

**Historia clínica** ¿ALGUNA VEZ tuvo alguna de las siguientes afecciones?

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Asma                              | <input type="checkbox"/> Trastorno neurológico/dolores de cabeza                    | <input type="checkbox"/> Artritis                                 |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad/trastorno psiquiátrico | <input type="checkbox"/> Trastorno de presión arterial/hipertensión                 | <input type="checkbox"/> Embolia pulmonar/TVP/coágulos sanguíneos |
| <input type="checkbox"/> Cáncer                            | <input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular                                  | <input type="checkbox"/> Trastorno del colesterol/hiperlipidemia  |
| <input type="checkbox"/> Convulsiones o epilepsia          | <input type="checkbox"/> EPOC   | <input type="checkbox"/> Apnea del sueño                          |
| <input type="checkbox"/> Diabetes                          | <input type="checkbox"/> Trastorno de la tiroides                                   | <input type="checkbox"/> Trastorno ocular (por ejemplo, glaucoma) |
| <input type="checkbox"/> Trastorno urinario/renal          | <input type="checkbox"/> Ataque cardíaco/Enfermedad cardíaca/<br>Fibrilación atrial | <input type="checkbox"/> Otros                                    |

Especifique cualquier otra enfermedad o problema médico y proporcione detalles de cualquiera de las afecciones anteriores:

**Antecedentes de cirugías** Especifique CUALQUIER cirugía a la que se haya sometido y la fecha aproximada.

Procedimiento	Fecha	Complicaciones

**Tratamiento previo para el cáncer** ¿Padece actualmente de cáncer?  Sí  No

Tipo de cáncer	Año en que se diagnosticó	Tratamiento	Hospital/Consultorio del médico en donde recibió tratamiento
		<input type="checkbox"/> Cirugía <input type="checkbox"/> Bioterapia <input type="checkbox"/> Radiación <input type="checkbox"/> Braquiterapia <input type="checkbox"/> Quimioterapia	Nombre: Dirección: Teléfono:
		<input type="checkbox"/> Cirugía <input type="checkbox"/> Bioterapia <input type="checkbox"/> Radiación <input type="checkbox"/> Braquiterapia <input type="checkbox"/> Quimioterapia	Nombre: Dirección: Teléfono:
		<input type="checkbox"/> Cirugía <input type="checkbox"/> Bioterapia <input type="checkbox"/> Radiación <input type="checkbox"/> Braquiterapia <input type="checkbox"/> Quimioterapia	Nombre: Dirección: Teléfono:

**Alergias**

¿Es alérgico a algún medicamento u otras sustancias?  Sí  No Especifique alergias y reacciones:

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

**Lista de medicamentos**

Nombre del medicamento	Dosis	Frecuencia

¿Toma medicamentos adicionales que no se han enumerado anteriormente?  Sí  No Si la respuesta es Sí, use el reverso de esta página para enumerar todos los demás.

**Mantenimiento de la salud**

Fecha del último examen de densidad ósea: \_\_\_\_\_

Fecha de la última prueba de Papanicolaou: \_\_\_\_\_

¿Alguna vez obtuvo resultados anormales en una prueba de Papanicolaou?  Sí  No

Fecha de la última mamografía: \_\_\_\_\_ ¿Los resultados de esa mamografía fueron normales?  Sí  No

Fecha de la última colonoscopia: \_\_\_\_\_ ¿Los resultados de esa colonoscopia fueron normales?  Sí  No

**Antecedentes médicos familiares** Indique cualquier afección importante, incluido cánceres, que hayan tenido sus familiares directos.

Familiar	Afección y descripción	¿Vive?	Si falleció, ¿a qué edad?
Madre		S N	
Padre		S N	
Hermano/a		S N	
Hermano/a		S N	
Hermano/a		S N	
Abuelo/a		S N	
Abuelo/a		S N	
Otro		S N	

**Antecedentes sociales**

¿En la actualidad fuma?  Sí  No En caso de responder “No”, ¿fumó en el pasado?  Sí  No

Cantidad de años que fumó \_\_\_\_\_ Paquetes por día \_\_\_\_\_

¿Usa otros productos a base de tabaco?  Sí  No \_\_\_\_\_

¿Consumo alcohol?  Sí  No En caso de responder “Sí”, bebidas por semana: \_\_\_\_\_

Estado civil:  Soltero/a  Casado/a  Divorciado/a  Viudo/a

¿Sufre violencia doméstica?  Sí  No ¿Se siente seguro/a en su casa?  Sí  No

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

**Revisión de sistemas** Indique TODO lo que haya experimentado en los últimos 6 a 12 meses.

**General**

- |                                      |   |  |  |
|--------------------------------------|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Ninguno     | <input type="checkbox"/> Sensación de cansancio | <input type="checkbox"/> Fiebre                | <input type="checkbox"/> Aumento de peso |
| <input type="checkbox"/> Escalofríos | <input type="checkbox"/> Pérdida de peso        | <input type="checkbox"/> Sensación de malestar |  |

**Ojos**

- |   |  |  |                                  |
|---|--|--|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ninguno              | <input type="checkbox"/> Ojos secos          | <input type="checkbox"/> Dolor de ojos | <input type="checkbox"/> Picazón |
| <input type="checkbox"/> Cambios en la visión | <input type="checkbox"/> Problemas de visión |  |                                  |

**Oído/Nariz/Garganta**

- |   |  |   |  |
|---|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ninguno                        | <input type="checkbox"/> Dolor de oído     | <input type="checkbox"/> Pérdida de la audición | <input type="checkbox"/> Sangrados nasales |
| <input type="checkbox"/> Problemas de los senos nasales | <input type="checkbox"/> Dolor de garganta | <input type="checkbox"/> Ronquera               |  |

**Corazón**

- |   |   |   |  |
|---|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ninguno              | <input type="checkbox"/> Dolor de pecho             | <input type="checkbox"/> Palpitaciones                                      | <input type="checkbox"/> Frecuencia cardíaca lenta |
| <input type="checkbox"/> Hinchazón de piernas | <input type="checkbox"/> Frecuencia cardíaca rápida | <input type="checkbox"/> Dolor, malestar o fatiga en las piernas al caminar |  |

**Pulmones/Respiración**

- |   |                              |   |   |
|---|------------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ninguno  | <input type="checkbox"/> Tos | <input type="checkbox"/> Sibilancia                                 | <input type="checkbox"/> Dificultad para respirar |
| <input type="checkbox"/> Dificultad para respirar al realizar esfuerzos |                              | <input type="checkbox"/> Dificultad para respirar al estar acostado |   |

**Gastrointestinal**

- |                                  |  |  |  |
|----------------------------------|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Ninguno | <input type="checkbox"/> Dolor abdominal | <input type="checkbox"/> Estreñimiento | <input type="checkbox"/> Diarrea             |
| <input type="checkbox"/> Acidez  | <input type="checkbox"/> Náuseas         | <input type="checkbox"/> Vómitos       | <input type="checkbox"/> Sangre en las heces |

**Piel**

- |                                   |   |   |  |
|-----------------------------------|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ninguno  | <input type="checkbox"/> Acné               | <input type="checkbox"/> Picazón          | <input type="checkbox"/> Cambio en lunar |
| <input type="checkbox"/> Lesiones | <input type="checkbox"/> Heridas en la piel | <input type="checkbox"/> Bulto en el seno |  |

**Neurológico**

- |                                       |  |                                    |  |
|---------------------------------------|--|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Ninguno      | <input type="checkbox"/> Debilidad de las extremidades | <input type="checkbox"/> Confusión | <input type="checkbox"/> Pérdida de la memoria   |
| <input type="checkbox"/> Convulsiones | <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza             | <input type="checkbox"/> Mareos    | <input type="checkbox"/> Dificultad para caminar |

**Psiquiátrico**

- |                                    |  |   |   |
|------------------------------------|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ninguno   | <input type="checkbox"/> Suicida               | <input type="checkbox"/> Ansiedad               | <input type="checkbox"/> Trastornos del sueño |
| <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Problemas emocionales | <input type="checkbox"/> Cambio de personalidad |   |

**Endócrino**

- |   |  |   |                                  |
|---|--|---|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ninguno                | <input type="checkbox"/> Pérdida del cabello     | <input type="checkbox"/> Debilidad muscular | <input type="checkbox"/> Sofocos |
| <input type="checkbox"/> Sensación de debilidad | <input type="checkbox"/> Engrosamiento de la voz |   |                                  |

**Hematológico/Linfático**

- |                                  |   |   |   |
|----------------------------------|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ninguno | <input type="checkbox"/> Propensión a sangrados | <input type="checkbox"/> Propensión a hematomas | <input type="checkbox"/> Glándulas inflamadas |
|----------------------------------|---|---|---|

**AUTORIZACIÓN Y PERMISO PARA SER FOTOGRAFIADO PARA  
EL REGISTRO MÉDICO ELECTRÓNICO**

Autorizo a The Center for Cancer and Blood Disorders, una división de American Oncology Partners, P.A. (CCBD/AOP) para que me tome una fotografía (se podría usar cámara digital/video). Estas fotos se podrán incluir en mi registro médico electrónico de CCBD/AOP para fines de identificación y/o documentación médica.

Al firmar el presente, confirmo que he revisado este formulario de autorización para mis registros.

---

Nombre del paciente (En letra de imprenta)

---

Paciente o garante (Firma)

---

Fecha

## SOLICITUD DE DIVULGACIÓN DE REGISTROS

Yo, \_\_\_\_\_, solicito una copia de mi historia clínica completa de la oficina de:

\_\_\_\_\_

Nombre y dirección del practicante

**Para enviar a The Center for Cancer and Blood Disorders: (Uso interno)**

\_\_\_\_\_  
Dirección, Ciudad, Estado, Código postal

\_\_\_\_\_  
Fax/Número de teléfono

\_\_\_\_\_ Doy permiso para que envíen por fax mi historia clínica a la persona, compañía o establecimiento médico que se indica arriba. Entiendo que mis registros se enviarán a través de una línea telefónica.

Entiendo que al firmar esta autorización para divulgar mis registros, estoy dando permiso a The Center for Cancer and Blood Disorders (CCBD/AOP) a recibir copias de cualquier información relacionada con cuestiones médicas, psiquiátricas, SIDA, síndromes relacionados con el SIDA, análisis de VIH, abuso de alcohol y/o drogas para la(s) persona(s) u organización. También entiendo que esta autorización se podrá revocar en cualquier momento, salvo que se hubiera interpuesto alguna acción antes de la revocación. Este consentimiento es válido indefinidamente hasta tanto se reciba una comunicación escrita para revocarlo.

\_\_\_\_\_ AVISO LEGAL: La falta de firma del presente no me impide recibir atención.

\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente (En letra de imprenta)

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento del paciente

\_\_\_\_\_  
Paciente o garante (Firma)

\_\_\_\_\_  
Fecha

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

---

### CONSENTIMIENTO PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA

Marque una de las siguientes:

\_\_\_\_\_ **Otorgo mi permiso a los empleados de The Center for Cancer and Blood Disorders (CCBD/AOP), una división de American Oncology Partners, P.A., para divulgar mi Información de Salud Protegida a mí y a las siguientes personas:**

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Solicito que mi Información de Salud Protegida sea divulgada ÚNICAMENTE a mí y no a otras personas.

Entiendo que puedo revocar o cambiar este Consentimiento en cualquier momento completando otro formulario de consentimiento para reemplazar este.

\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente (En letra de imprenta)

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Paciente o garante (Firma)



Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

---

### INFORMACIÓN RELACIONADA CON EL SEGURO

**Compañía aseguradora principal:** \_\_\_\_\_

Nombre del titular principal de la póliza: \_\_\_\_\_

N.º de póliza/ID del grupo: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del titular de la póliza: \_\_\_\_\_ N.º de seguro social del titular de la póliza: \_\_\_\_\_

Empleador del titular de la póliza: \_\_\_\_\_

¿El plan incluye la cobertura de recetas?  Sí  No

**Compañía aseguradora secundaria:** \_\_\_\_\_

Nombre del titular secundario de la póliza: \_\_\_\_\_

N.º de póliza/ID del grupo: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del titular de la póliza: \_\_\_\_\_ N.º de seguro social del titular de la póliza: \_\_\_\_\_

Empleador del titular de la póliza: \_\_\_\_\_

¿El plan incluye la cobertura de recetas?  Sí  No

**Compañía aseguradora de la farmacia:** \_\_\_\_\_

Nombre del titular de la póliza de farmacia: \_\_\_\_\_

N.º de póliza/N.º de Bin: \_\_\_\_\_

Certifico que la información provista es verídica. Voy a notificar a The Center for Cancer and Blood Disorders, una división de American Oncology Partners, P.A., sobre cualquier cambio en cuanto estén disponibles. Entiendo que es mi responsabilidad actualizar a CCBD/AOP sobre cualquier cambio en mi plan de seguro o podría ser responsable de costear el saldo completo de mi tratamiento.

\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente (En letra de imprenta)

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Paciente o garante (Firma)

## ACUSE DE RECIBO DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Al firmar este formulario, usted reconoce que ha recibido o se le ha informado que tiene el derecho a recibir una copia del aviso de prácticas de privacidad de The Center for Cancer and Blood Disorders, una división de American Oncology Partners, P.A. (CCBD/AOP).

Este aviso está disponible en forma impresa si se solicita verbalmente una copia del mismo en la recepción de cualquier centro de The Center for Cancer and Blood Disorders, una división de American Oncology Partners, P.A. (CCBD/AOP), o si se presenta una solicitud por escrito a la oficina corporativa de The Center for Cancer and Blood Disorders, una división de American Oncology Partners, P.A. (CCBD/AOP), sita en 3860 Colonial Blvd., Suite 100, Fort Myers, FL 33966.

También podrá ver y/o imprimir una copia del aviso de prácticas de privacidad visitando [AONcology.com/policias/CCBD\\_NPP.pdf](http://AONcology.com/policias/CCBD_NPP.pdf)

Fecha: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente (En letra de imprenta)

\_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento

\_\_\_\_\_  
Paciente (Firma)

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Paciente o garante (Firma)

\_\_\_\_\_  
Fecha

## ACUSE DE RECIBO DEL ACUERDO DE POLÍTICAS FINANCIERAS

Al firmar este formulario, usted reconoce que ha recibido o se le ha informado que tiene el derecho a recibir una copia del acuerdo sobre políticas financieras The Center for Cancer and Blood Disorders, una división de American Oncology Partners, P.A. (CCBD/AOP).

Este aviso está disponible en forma impresa si se solicita verbalmente una copia del mismo en la recepción de cualquier centro de The Center for Cancer and Blood Disorders, una división de American Oncology Partners, P.A. (CCBD/AOP), o si se presenta una solicitud por escrito a la oficina corporativa de The Center for Cancer and Blood Disorders, una división de American Oncology Partners, P.A. (CCBD/AOP), sita en 3860 Colonial Blvd., Suite 100, Fort Myers, FL 33966.

También podrá ver y/o imprimir una copia del acuerdo sobre políticas financieras visitando [AONcology.com/policies/CCBD\\_FPA.pdf](http://AONcology.com/policies/CCBD_FPA.pdf)

Fecha: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente (En letra de imprenta)

\_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento

\_\_\_\_\_  
Paciente (Firma)

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Paciente o garante (Firma)

\_\_\_\_\_  
Fecha

Al firmar a continuación, autorizo a The Center for Cancer and Blood Disorders, una división de American Oncology Partners, P.A. (CCBD/AOP), sus entidades afiliadas y subsidiarias, y a AON Pharmacy, LLC (y a cualquier proveedor de servicios de mensajes de texto/correo electrónico de CCBD/AOP), para que me contacte por mensaje de texto tipo SMS o correo electrónico con el fin de recibir avisos de temas de salud, incluidos recordatorios de citas y comunicaciones de facturación.

Entiendo que podría recibir comunicaciones relacionadas con mi información (nombre y dirección de correo electrónico) por razones de marketing, incluso de parte de terceros y/o de un recurso en línea para pacientes con el fin de proporcionar comentarios con respecto a mi atención. Entiendo que se podrán aplicar tarifas de mensajes/datos a los mensajes enviados por CCBD/AOP según mi plan de teléfono celular.

Sé que no tengo obligación de autorizar a CCBD/AOP para que me envíe mensajes de texto y/o correo electrónico. Puedo optar por excluirme de recibir estas comunicaciones en cualquier momento respondiendo con la palabra "STOP".

Entiendo que los mensajes de texto y/o correo electrónico no reemplazan la atención médica o de un profesional.

Al firmar a continuación, indico que soy una persona legalmente responsable del uso total de las cuentas de dispositivos móviles y/o de correo electrónico, que tengo al menos 18 años de edad y que acepto todos los términos y condiciones de uso de los servicios de mensajes de texto y de notificaciones por correo electrónico.

MARQUE LO SIGUIENTE:

Doy mi consentimiento para recibir información por mensaje de texto y/o correo electrónico. Entiendo que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento.

N. ° de celular para texto \_\_\_\_\_ Correo electrónico \_\_\_\_\_

No doy mi consentimiento para recibir información por mensaje de texto y/o correo electrónico. Entiendo que puedo cambiar de opinión y dar el consentimiento más adelante.

\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente (En letra de imprenta)

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Paciente (Firma)