

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/
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 _____

¿Consume 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 |
|----------------------------------|---|---|---|

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 Cancer & Blood Specialists of Arizona: (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 Cancer & Blood Specialists of Arizona (CBSA/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 Cancer & Blood Specialists of Arizona (CBSA/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 Cancer & Blood Specialists of Arizona, una división de American Oncology Partners, P.A., sobre cualquier cambio en cuanto estén disponibles. Entiendo que es mi responsabilidad actualizar a CBSA/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)