

SLO Oncology & Hematology Health Center

715 Tank Farm Road, San Luis Obispo 93405

Formas de Registración para nuevos pacientes

Conteste todas las preguntas lo mejor que pueda. Esta información será utilizada solamente para su consulta y será mantenida confidencialmente, de acuerdo a las leyes y regulaciones. Las formas pueden ser enviadas por correo o por fax a nuestra oficina o traerlas con usted el día de su cita. Gracias.

Fecha de hoy: _____

Información del paciente nuevo:

Nombre del paciente: _____

Edad: _____ Fecha de nacimiento: ____-____-____

Número de seguro social: ____ ____ ____ - ____ ____ - ____ ____ ____

Genero: _____ Estado civil: Soltero casado viudo divorciado

Domicilio: _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Número de teléfono en casa: _____ número de celular: _____

Número el cual usted prefiere que le llamen: _____

Empleador: _____ numero de trabajo: _____

Correo electrónico: _____

Esposo(a)/ pareja: _____

Número de teléfono de esposo (a) / pareja: _____

Contacto de emergencia: _____ numero: _____

Información de Seguro Médico:

Primario: _____ titular de la póliza: usted esposo hijo alguien mas _____

Secundario: _____ titular de la póliza: usted esposo hijo alguien mas _____

Responsabilidad Financiera: (si es alguien diferente al paciente) nombre: _____

Aviso de Prácticas de Privacidad

SLO Oncología & Hematología Se ha comprometido a proteger su privacidad y asegurar que su información médica sea usada apropiadamente. Este aviso de Prácticas de Privacidad identifica todos los posibles usos y divulgaciones de su información de salud de nuestras prácticas y describe sus derechos con respecto a la información de su salud.

Yo, _____, reconozco que debo de leer y entender el Aviso de Prácticas de Privacidad de SLO Oncología & Hematología. Yo entiendo que una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad estará a mi disposición cuando yo la pida.

Yo doy consentimiento de que mi información de salud sea enviada a mi médico de atención primaria, al doctor que hizo la referencia y / u otro médico el cual está involucrado activamente en mi cuidado.

Firma: _____ fecha: _____

(Si es apropiado) Nombre del representante: _____

Aparte de mi doctor, por favor ponga a cualquier familiar/ amigo a los que si PODAMOS DAR información (No compartiremos con nadie que no esté en la lista, a menos que tengamos su consentimiento)

Nombre	parentesco	# de teléfono
--------	------------	---------------

Nombre	parentesco	# de teléfono
--------	------------	---------------

Nombre	parentesco	# de teléfono
--------	------------	---------------

Por favor anote a cualquier otro doctor que esté involucrado en su cuidado (médico de atención primaria, dermatólogo, quiropráctico, etc.,)

Nombre	Especialidad	# de teléfono
--------	--------------	---------------

Nombre	Especialidad	# de teléfono
--------	--------------	---------------

Cuestionario de Directivo Anticipada

Por favor de contestar todas las preguntas lo mejor que usted pueda. El personal de enfermería le asistirá si es necesario.

Nombre: _____ fecha: _____

1. Tiene usted un
Poder notarial duradero para el cuidado de la salud? SI _____ NO _____

Testamento vital/ en vida? Si _____ NO _____
2. Si "Si" a cualquier pregunta de arriba por favor de proveernos una copia para su expediente.
3. Si "No", le gustaría más información? Si _____ NO _____

Firma: _____ Fecha: _____

Renuncia Financiera

Yo, _____, autorizo mi tratamiento y estoy de acuerdo en pagar todas las tarifas del tratamiento. Ya que la ley estatal requiere que las compañías de seguros paguen los reclamos dentro de 30 días después de recibir servicios. Será su responsabilidad cualquier reclamo a su seguro en donde el doctor es el proveedor no sea pagado en 60 días.

Yo autorizo a SLO Oncología & Hematología Que divulgue la información con el fin de garantizar el pago de los servicios. Asigno los beneficios de seguro directamente al proveedor arriba mencionado. Hay un cobro mínimo de \$25.00 por cualquier formulario que el proveedor tenga que completar con el propósito de garantizar el pago.

Para copiar el expediente médico hay un cobro mínimo de \$15.00.

Hay un cobro mínimo de \$25.00 por llenar cualquier forma que tenga que ser llenada por su proveedor, formas que no estén directamente asociadas con el cuidado que nosotros le proveemos (como cartas, formas de discapacidad, etc.) . Este cobro solo aplica a la primera forma. Este cobro pudiera ser más dependiendo en la complicado y largo de la forma. Hay un cobro mínimo de \$5.00 para todas las formas del Departamento De vehículos.

Para los pacientes que NO están en Medicare: Yo entiendo que todas las cuentas vencidas (más de 30 días) estarán acumulando un interés de 1% de financiamiento mensual.

Cancelar citas

Si es necesario cancelar su cita, le pedimos lo haga por lo menos 24 horas por adelantado. El cancelar la cita tarde se considerara como “no presentarse”.

La primera vez que no se presente a su cita, no habrá cobro al paciente. Cualquiera vez que no se presente a su cita se le cobrara \$25.00 lo cual se le va ir agregando a su cuenta.

Para cancelar su cita, por favor llame al (805) 543-5577. Si es que no le contesta le recepcionista tendrá que dejar un mensaje detallado en la grabadora. Si le gustaría re agendar su cita, por favor asegúrese de dejar su número de teléfono y háganos saber el mejor horario para llamarle.

Firma: _____ fecha: _____

Nombre del representante (si es apropiado):

_____ fecha: _____

Cuestionario a Paciente Nuevo

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Hay algún otro nombre por el cual le gustaría le llamemos: _____

Problema principal/ Diagnostico:

¿Cuándo comenzó su enfermedad? _____

¿Cuáles fueron sus síntomas iniciales? _____

¿Qué estudios le han hecho y dónde? _____

¿Cómo se ha tratado y que medicamentos a tomado para esto? _____

Antecedente Medico

Por favor circule cualquier enfermedad o problema médico que tenga hoy o haya tenido en el pasado e indique el año en que le comenzó)

Enfermedad	Año	Enfermedad	Año	Enfermedad	Año
Pulmonía		Arritmia del corazón		Insuficiencia cardiaca congestiva	
Enfermedad del adrenal/riñón		Presión arterial		Enfermedad del hígado	
Enfermedad de la tiroides		Desorden sanguíneo		Diabetes	
Desorden neurológicos		Ataque		Ansiedad o depresión	
Enfermedades de la piel		Cáncer		Enfermedades del corazón	
EPOC Enfermedad Pulmonar Obstructiva crónica		¿Qué tipo de cáncer?			

Por favor anote todas las cirugías:

Cirugía

Año

_____	_____
_____	_____
_____	_____

Le han hecho estudios recientemente (laboratorio, rayos x) donde?

¿Qué laboratorio frecuenta más? _____

Historial Familiar

¿Cuántos hermanos tiene usted? _____ ¿Cuántos hijos tiene usted? _____

¿Tiene usted algún familiar con cáncer? Por favor anote su relación y que tipo de cáncer.

¿Cuántos años tenían cuando fueron diagnosticados?

¿Tiene algún pariente con desordenes sanguíneos? (anemia, hemorragia/ coagulación)

¿Cuántos años tenían cuando fueron diagnosticados? _____

Socialización

Fuma? Si No si es si ¿por cuánto tiempo? _____

A fumado alguna vez Si NO ¿Qué tanto tiempo? _____

Toma alcohol? Si No si es si, ¿qué tanto y que tan seguido? _____

Usa drogas inyectadas Si No Si es si, ¿que usa? _____

Alguna vez a usado drogas inyectadas? Si No ¿Que usaba? _____

Cualquier otra droga ilegal? Si No si es si ¿Qué? _____

Empleador: _____ que son sus obligaciones: _____

Si ya se jubiló, que hacia como trabajo? _____

Para facilitar a la orden de estudios para diagnostico por favor marque los que aplica:

	Si	No	Comentarios
Alergia al yodo			
Diálisis			
Diabético			
Marca pasos			
anticoagulantes			Medicamento:
Metal en el cuerpo			
Implantes			
claustrofobia			
Cirugía previa en la espalda			Donde/ Cuando:
escaneo PET			Donde/ Cuando:
Mamografía			Donde/cuando:

Qué localidad le gustaría usar para radiografías/ o exámenes de imagen? _____

Medicamentos y alergias

Nombre: _____ fecha de nacimiento: _____

Farmacia: _____ # de teléfono: _____
Nombre ciudad

Alergias

Alergia	Reacción
(ejemplo penicilina)	Dificultad para respirar

Medicamentos

Medicamento	Potencia	Frecuencia	Propósito	Dr. que la receto
Ejemplo: Levaquin	500mg	2 al día		Dr. Smith

Repaso de Síntomas

Por favor marque con una X cualquier enfermedad o problema médico que usted tenga o a tenido en el pasado año

Síntoma	X	Comentario	Síntoma	X	Comentario
	General			Pulmonar	
Fiebre			Tos		
Escalofríos			Falta de resuello		
Sudor nocturno			Flema		
Calores			Toser sangre		
Fatiga/cansancio			Otra cosa		
Peso y estatura				Cuello/ Espalda	
A perdido o aumentado peso?			Dolor (describa)		
¿Cuánto?			Inflamación		
			Otra		
Dolor de cabeza				Cardio	
Mareos/vértigo			Enfermedad del corazón		
Problema de la vista			Dolor de pecho/angina		
Problema auricular			Latido irregular de corazón		
Sangrado de nariz			Alta presión		
Dolor en la boca o ampollas			Otro		
Problemas dentales				Gastrointestinal	
Dificultad para tragar			Nausea		
Dolor de garganta			Vomito		
Ronquera			Diarrea		
Otro			Estreñimiento		
		Urinario	Reflejo de acido		
Dolor al orinar			Dolor abdominal		
Dificultad para empezar a orinar			Distinción abdominal		
Orina frecuente			hinchazón		
Sangre en la orina			Deposiciones oscuras		
Inconsistencia			Deposiciones con sangre		
Otra			Inconsistencia		

		Neurológico			Extremidades	
convulsiones				Hinchazón de los brazos		
Debilidad				Hinchazón de las piernas		
Entumecimiento				Dolor en los brazos/piernas		
Entumecimiento en las manos				Dolor en las articulaciones		
Entumecimiento en los pies				Otra		
Dificultad para hablar					Psiquis	
Dificultad para recordar				Depresión		
otra				Ansiedad		
	Piel			Insomnio		
Comezón				Otra		
Cambio en el cabello						
Cambio en las unas						
otra						

Herramienta de Apoyo Psicosocial

Nombre: _____ Fecha: _____

Por favor circule el número del (0 al 10) que mejor describa la preocupación que usted paso la semana pasada incluyendo el día de hoy.

0 _____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____ 6 _____ 7 _____ 8 _____ 9 _____ 10
Nada lo peor

Es usted Veterano? Si NO

Si usted marco que si, le gustaría que le diéramos una lista de algunos de los recursos locales? Si No

Por favor circule si o no a cada uno de las siguientes problemas que le concierne a usted o su familia

Equipo médico	Si	No
Seguro Médico/ Finanzas	Si	No
Transportación	Si	No
Discapacidad/ Seguro Social	Si	No
Ayuda para los medicamentos	Si	No
Asistencia para el co-pago	Si	No
Directivo Anticipado	Si	No
Alimentos	Si	No
Vivienda	Si	No
Tomar decisiones sobre el tratamiento	Si	No
Conyugue abrumado	Si	No
Hijos necesitan apoyo	Si	No
Cuidado Infantil	Si	No
Depresión o tristeza	Si	No
Miedos o Preocupación	Si	No
Nervios o ansiedad	Si	No
Coraje	Si	No
Uso de alcohol o drogas	Si	No
Perdida de interés a sus actividades cotidianas	Si	No
Preocupación espiritual o religiosa	Si	No
Pérdida de apetito	Si	No
Reciente pérdida de peso o aumento	Si	No
Dificultades sexuales	Si	No
Cambios para recordar o concentración	Si	No
Dificultad para dormir	Si	No
Como controlar el dolor	Si	No

