

Historial Medico

Nombre del Paciente: _____ Fecha: ____/____/____

Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Edad: _____ Femenina Masculino

Numero de Seguro Social: ____/____/____

Domicilio Principal: _____

Ciudad: _____ Estado: _____Codigo Postal: _____

Telefono: (____) _____ Celular: (____) _____

Podriamos dejarles mensajes telefonicos? Si No

Correo Electronico: _____

Podemos enviarles correos electronicos? Si No

Idioma Preferido: _____

Raza: Nativo Americano Asiatico Negro o Afroamericano Islas Pacifica
 Blanco Otro

Estado Civil: Casado Soltero Viudo Divorciado Otro

Nombre del Contacto de Emergencia: _____

Relacion: _____ Telefono: (____) _____

Medico de Atencion Primaria: _____ Telefono: (____) _____

Medico Referente: _____ Telefono: (____) _____

Por favor enumere cualquier medico adicional que vea:

_____ Telefono: (____) _____

_____ Telefono: (____) _____

_____ Telefono: (____) _____

Directivas Avanzadas:

Testamento Vital: Si No Desconocido

Poder Legal: Si No Desconocido Relation Contigo: _____

Estado de Empleo:

Empleado/ Trabajadores por Cuenta Propia Desempleado Jubilado Desactivado

Nombre del Paciente: _____ Fecha: ____/____/____

Motivo de esta Visita: _____

Historia Medica: Verifique los elementos que sea su historial actual

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Ninguna | <input type="checkbox"/> Glaucoma/Cataratas | <input type="checkbox"/> Cirrosis de Hgado |
| <input type="checkbox"/> EPOC | <input type="checkbox"/> Lymphoma | <input type="checkbox"/> Hepatitis A/B/C |
| <input type="checkbox"/> Pneumonia/Bronchitis | <input type="checkbox"/> Problemas con Anestesia | <input type="checkbox"/> Pancreatitis |
| <input type="checkbox"/> Tuberculosis | <input type="checkbox"/> Presion Alta | <input type="checkbox"/> Calculos Renales |
| <input type="checkbox"/> Apnea de Sueno | <input type="checkbox"/> CHF | <input type="checkbox"/> Enfermedad de los Rinones |
| <input type="checkbox"/> Polipos en el Colon | <input type="checkbox"/> Fiebre Reumatica | <input type="checkbox"/> Prostata Agrandada |
| <input type="checkbox"/> IBS | <input type="checkbox"/> Coagulos de Sangre | <input type="checkbox"/> Lupus |
| <input type="checkbox"/> Colitis Ulcerativa | <input type="checkbox"/> Consumo de Drogas | <input type="checkbox"/> Cirrosis Hepatica |
| <input type="checkbox"/> Fibrilacion Atrial | <input type="checkbox"/> Trastorno Sanguineo | <input type="checkbox"/> Enfermedad Cardiaca |
| <input type="checkbox"/> Cancer | <input type="checkbox"/> Enfermedad Vascolar | <input type="checkbox"/> Herpes |
| <input type="checkbox"/> Migranas | <input type="checkbox"/> Convulsiones | <input type="checkbox"/> Infecciones frecuentes |
| <input type="checkbox"/> Pancreatitis | <input type="checkbox"/> Ansiedad | <input type="checkbox"/> Ulceras Etomacales |
| <input type="checkbox"/> Accidente Cerebrovascular | <input type="checkbox"/> Paralisis | <input type="checkbox"/> Ataque Cardiaco |
| <input type="checkbox"/> Soplo del Corazon | <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Perdida de Audicion |
| <input type="checkbox"/> Trastorno Hemorragico | <input type="checkbox"/> Fibrilacion Atrial | <input type="checkbox"/> Convulsiones |
| <input type="checkbox"/> Hernias | <input type="checkbox"/> Depression | <input type="checkbox"/> ERGE/Acidez/Reflujo |
| <input type="checkbox"/> Diverticulitis | <input type="checkbox"/> Diabetis | <input type="checkbox"/> Colesterol Alto |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad Tiroidea | <input type="checkbox"/> Presion Arterial Alta | <input type="checkbox"/> Asma |
| <input type="checkbox"/> Osteoartritis | <input type="checkbox"/> Sindrome de Raynaud | <input type="checkbox"/> Artritis Reumatoide |
| <input type="checkbox"/> Linfoma | <input type="checkbox"/> Leucemia | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Crohn |
| <input type="checkbox"/> Calculos Biliares | <input type="checkbox"/> Infecciones Frecuente del Tracto Urinario | |

Detalles de la Historia Medica: _____

Historial de Cancer: _____ Tipo: _____

Fecha Diagnosticada: ____/____/____ Medico: _____

Nombre del Paciente: _____ Fecha: ____/____/____

Historial de Cirugias previas:

Bypass Coronario Fecha: _____ Reemplazo de Rodilla Fecha: _____

Angioplastia Fecha: _____ Marcapasos Fecha: _____

Tumorectomia Fecha: _____ Histerectomia Fecha: _____

Mastectomia Fecha: _____ Cirugia de Vesicula Fecha: _____

Apendectomia Fecha: _____ Reemplazo de Cadera Fecha: _____

Prostatectomia Fecha: _____ Reparacion de Hernia Fecha: _____

Valvulas Cardiacas Fecha: _____ Manguito de Rotadores Fecha: _____

Otra Operaciones: _____

Historia Social:

Consumo de Tabaco: (actual o pasado)

Mastica Tabaco Nunca

Deje de Fumar Cuando: _____ Por cuantos anos: _____ Cuantos paquetes: ____/dia

Sigo Fumando en Actualidad Cigarrillos Pipa Cigarros Cuantos anos: _____ Paquetes ____/dia

Historial de Consumo de Alcohol: (actual o pasado)

No Bebo

Cerveza Numero de botellas _____ por Dia Semana Mes

Vino Numero de copas _____ por Dia Semana Mes

Licor Numero de Copas _____ por Dia Semana Mes

Mantenimiento de Salud:

Colonoscopia: Si No Fecha: _____

Ultima Mamografia: Fecha _____

Ultima Dexa: Fecha _____

Ultima Endoscopia: Fecha _____

Ultimo Examen de la Prostata: Fecha _____

Nombre del Paciente: _____ Fecha: ____/____/____

Repaso de los Sintomas: (Marque cualquier sintoma actual que tenga)

General:

- Perdida de Peso
Cuanto _____
Durante que Periodo _____
- Fiebre
- Temperatura Maxima _____
- Escalofrios
- Sudores Nocturnos
- Fatigas

Ojos:

- Usa anteojos/lentes de contactos
- Vision Borrosa
- Vision Doble
- Ojos Secos

Oidos/Nariz/Garganta:

- Dificultad Auditiva/Sordo(a)
- Zumbido en los Oidos
- Ganglios Linfaticos Agrandados
- Garganta Irritada
- Dolor/Sensibilidad en la boca

Cambios/Dificultad en:

- Gusto
- Olor
- Voz

Cardiovascular:

- Dolor en el Pecho
- Palpitaciones/Soplo
- Latidos Irregulares

Respiratorios:

- Tos Cronica o Frecuente
- Espujo Con Sangre
- Dificultad para respirar

Piel:

- Erupciones o Picor
- Cambio en el Color de la Piel
- Lunares
- Venas varicosas
- Cancer de la Piel

Gastrointestinales:

- Dificultad o Dolor a Tragar
- Dolor Abdominal
- Nauseas
- Vomitos
- Acidez
- Indigestion
- Bulto en la Garganta
- Disfagia
- Hinchazon
- Erutacion
- Diarrea
- Contipacion
- Sangrado Rectal
- Gases Rectales/Flatulencias
- Perdida de Heces/Accidentes Fecal
- Inapetencia
- Ictericia

Genitourinarios:

- Calculos Renales
- Ardor o Dolor al Orinar
- Sangre en la Orina
- Dolor Pelvico
- Dificultad para Orinar
- Incontenencia
- Hombre: Problema con la Prostata

Musculoesqueletico:

- Dolor en la Articulaciones/Artritis
- Debilidad Muscular
- Dolor de Espalda
- Dolor de Huesos
- Dolores Musculares

Neurologicos:

- Entumecimiento/Hormigueo
- Debilidad en Brazos o Piernas
- Mareos/Aturdimiento/Desmayos
- Temblores/Dolores de Cabeza

Psiquiatricos:

- Ansiedad/Agitacion
- Depresion
- Llantos sin razon

Hematologico:

- Contusion Facil
- Sequedad Excesiva de la Piel
- Sed Excesiva
- Miccion Excesiva
- Problemas con el Peso
- Sofocos

- Dolor/Bulto en las Mamas
- Secrecion de las Mamas
- Erupicion en las Mamas

Alergias/Inmunologia:

- Historial de Alergias
- Infecciones Cronicas

Psiquitricos:

- Ansiedad/Agitacion
- Depresion
- Llantos sin razon
- Insomnio
- Alcoholismo
- Problemas con las Drogas

Ginecologia:

- Ultimo Periodo _____
- Sangrando Anormal
- Flujo Vaginal

Nombre del Paciente: _____ Fecha: ____/____/____

Family Medical History: Indique si algun familiar tiene historial de Cancer.

Edad	Enfermedad	Si ha fallecido/la causa
Padre: _____	_____	_____
Madre: _____	_____	_____
Hermanos: _____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Alergias a Farmacos: Enumere todas las alergias a medicamentos

Medicamento: _____ Reaccion: _____
Medicamento: _____ Reaccion: _____
Medicamento: _____ Reaccion: _____
Medicamento: _____ Reaccion: _____

Estas Alerigico a:

Yodo Latex Mariscos Huevos Medio de contraste intravenoso Mani/Cacahuete

Otros: _____ Reaccion: _____

Otros: _____ Reaccion: _____

Farmacia: _____

Direccion: _____

Numero de telefono: (_____) _____

Nombre del Paciente: _____ Fecha: ____/____/____

Otorgo mi permiso a los empleados de Clermont Oncology Center para divulgar mi informacion de Salud Protegida a mi y a la(s) personas siguiente(s).

Nombre: _____ Relacion: _____

Nombre: _____ Relacion: _____

Nombre: _____ Relacion: _____

Nombre: _____ Relacion: _____

____ Solicito que mi informacion de Salud Protegida sea divulgada UNICAMENTE a mi y no a ninguna otra persona.

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

Nombre de Paciente

____/____/____
Fecha

Firma del Paciente

Nombre del Paciente: _____ Fecha: ____/____/____

Informacion Relacionada con su Seguro medico

Compania Aseguradora Principal: _____

Nombre del Titular Principal de la Poliza: _____

Fecha de Nacimiento del titular de la poliza: ____/____/____

Empleador del Titular de la Poliza: _____ Telefono:(____) _____

Numero de Poliza: _____ Grupo: _____

El plan incluye la cobertura de recetas? Si No

Compania Aseguradora Secundaria: _____

Nombre del Titular Secundario de la Poliza: _____

Fecha de Nacimiento del titular de la poliza: ____/____/____

Empleador del Titular de la Poliza: _____ Telefono:(____) _____

Numero de Poliza: _____ Grupo: _____

El plan incluye la cobertura de recetas? Si No

Compania Aseguradora de la Farmacia: _____

Nombre del Titular de la Poliza de la farmacia: _____

Numero de Poliza: _____ Numero del BIN: _____

Grupo RX: _____ Numero PCN: _____

Certifico que la informacion provista es veridica. Voy a notificar a Clermont Oncology Center (COC) sobre cualquier cambio en cuanto este disponible> entiendo que es mi responsabilidad actualizar a COC sobre cualquier cambio en mi plan de seguro o podira ser responsable de costaer el saldo completo de mi tratamiento.

Nombre de Paciente

____/____/____
Fecha

Firma del Paciente

Solicitud de Divulgacion de Registros

Yo, _____, solicito una copia de mi historioa clinica completa de la oficina de:

Nombre y Direccion del Practicante

Para enviar a Clermont Oncology Center: (uso interno)

Direccion, Ciudad, Estado, Codigo Postal

Numero de Telefono/Fax

_____ Doy permiso para que envíen por fax mi historioa clinica a la persona, compania o establecimiento medico que se indica arriba. Entiendo que mis registros se enviara traves de una linea telefonica.

Entiendo que al firmar a esta autorizacion para divulgar mis registros, estoy dando permiso a Clermony Oncology Center a recibir copias de cualquier informacion relacionada con cuestiones medicas, psiquitricas, SIDA, sindromes relacionados con el SIDA, analisis de VIH, abuso de alcohol y/o drogas para las persona(s) que se indica arriba. Tambien entiendo que esta qutorizaciones podra revocar en cualquier momento, salvo, que se hubiera interpuesto alguna accionantes de la revocacion. Este consentimiento es valido indefinidamente hasta tanto se reciba una comunicacion escrita para revocarlo.

Nombre del Paciente

_____/_____/_____
Fecha

Firma del Paciente

Al firmar este formulario, usted reconoce que la recibido o se le ha informado que tiene el derecho a recibir una copia del aviso de practicas de privacidad de Clermont Oncology Center. Este aviso esta disponible en forma impresa si se solicita verbalmente una copia del mismo en la recepcion de COC.

Aceptado Rechazado

Firma del Paciente

_____/_____/_____
Fecha

Acuerdo Sobre Politicas Financieras

Estimado Paciente:

Gracias por elegir a Clermont Oncology Center (COC) como su prestador de atencion medica. Nuestros medicos estan comprometido a brindarle atencion de la mas alta calidad.

Antes de recibir cualquier tratamiento, lea y entienda las politicas financieras de COC pertinentes a los pacientes:

* Usted acepta brindarle a COC toda informacion actual y veridica relacinada con el seguro, programa de beneficios de atencion medicay/o cualquier orta informacion del pagador, y notificar a COC de inmediato si se produce algun cambio en su cobertura.

* Usted reconoce que COC le facturara a su compania aseguradora, plan o programa por los servicios proporcionados por COC, y acepta que etsa cediendo a COC su derecho a recibir pago o beneficios de tal compania asegurada o programa y autorizando que el pago se realice directamente a COC.

* **Usted acepta que es responsable pagar a COC todos los copagos, duducibles, y coseguros aplicables en virtud de su poliza de seguro, plan, o programa. Usted entiende que el pago de estos montos se debe realizar al momento de prestar el servicio _____ iniciales**

*Segun su compania aseguradora, plan o programa, algunos servicios podrian NO estar CUBIERTOS. Si su seguro no autoriza o no cubre un servicio o tratamiento, usted acepta que es responsable de pagarlo.

* si efectua un pago a COC que resultara en un excedente en su cuenta, COC podra retener ese monto como un depositopara los cargos suhetos al procesamiento de reclamos enel curso o cargos por servicios futuros programados, y COC podria aplicar el excedente para cubrir tales cargos pendientes o futuros programados.

He leido y entendido y acordado las politicas financieras pertinentes al paciente antes expuestas. El paciente podra recibir una copia, si la solicita.

Firma del Paciente

____/____/____
Fecha