# Bienvenido Nuevo Paciente

Una enfermedad de sangre o un diagnóstico de cáncer puede ser un momento aterrador e incierto en su vida, pero la confianza en su atención médica no tiene por qué serlo. En Comprehensive Blood & Cancer Center (CBCC), nuestros profesionales de la salud lo educarán y lo equiparán con toda la información que necesita para ayudarlo a tomar decisiones informadas sobre su atención medica.

En CBCC brindamos a nuestros pacientes acceso a tecnología avanzada, expertos médicos de alta categoría, recursos y opciones de tratamiento utilizando las herramientas de diagnóstico más avanzadas, incluidas las pruebas genéticas y genómicas. Trabajamos con usted para diseñar un plan de tratamiento específico para sus necesidades. Nuestros navegadores de pacientes actúan como un sistema de apoyo para guiarlo en cada paso. También ofrecemos asistencia financiera a través de organizaciones locales y regionales para que pueda dedicar todo su tiempo y energía a recuperarse.

El diverso equipo de médicos y profesionales de CBCC ofrece una variedad integral de servicios, desde exámenes de detección de cáncer hasta diagnósticos e investigaciones clínicas. Además, ofrecemos numerosos servicios médicos no relacionados con el cáncer, incluidos enfermedades de la sangre, control del dolor, dermatología y oncología integrada para apoyarlos a todos: mente, cuerpo y espíritu. Nuestros equipos altamente calificados, aportan su experiencia en diferentes campos para revisar rigurosamente su caso y trabajar con usted para determinar sus mejores opciones de atención. Con acreditaciones del Colegio Estadounidense de Radiología y el Programa Nacional de Acreditación para el Cáncer de Mama, CBCC le brindará un nivel de atención incomparable con cualquier otro centro oncológico de la región.

Nuestros equipos de atención médica estarán con usted en cada paso para brindarle el conocimiento, los recursos y la confianza de que está recibiendo la mejor atención médica.

Sinceramente,
Comprehensive Blood & Cancer Center

# Paquete para el nuevo paciente


| | |
|---|---|
| Direcciones al CBCC y mapa del campus | *página* **3** |
| Política de asistencia | *página* **4** |
| Código de conducta | *página* **5** |
| Política de resurtido de medicamentos con receta | *página* **6** |
| Formulario de información del paciente | *página* **7** |
| Solicitud de divulgación de registros médicos y material patológico | *página* **8** |
| Consentimiento para obtener el historial de medicamentos del paciente | *página* **9** |
| Divulgación de información de salud del paciente | *página* **10** |
| Aviso de prácticas de privacidad (NPP) de la HIPAA | *página* **11** |
| Asignación de beneficios de responsabilidad financiera del paciente | *página* **13** |
| Política de pagos del CBCC | *página* **14** |
| Carta sobre relación financiera | *página* **15** |
| Cuestionario sobre el historial médico y la salud del paciente | *página* **Q-1** |


Comprendemos que para usted y su familia es difícil tener una enfermedad. Nuestros médicos y personal son sensibles a esto y están comprometidos a ayudarle. Cuando llegue al CBCC, regístrese con el recepcionista. Si por alguna razón no puede asistir a la cita programada, llame lo antes posible para reprogramarla. Esto nos permitirá usar su franja horaria para otro paciente y le permitirá conseguir la próxima cita lo antes posible.

## Lo que necesita presentar:

a. Complete los formularios requeridos que se encuentran en nuestro paquete y preséntelos en su cita programada.
b. Directiva avanzada: traiga una copia para que la almacenemos en su registro médico.
c. Lista de medicamentos con dosis, frecuencia y fecha de inicio.
d. Identificación con foto, como la licencia de conducir.
e. Listado de alergias (medicamentos/alimentos), reacción y fecha de la primera aparición.
f. Tarjetas del seguro médico.

Si tiene alguna pregunta, llámenos al: **(661) 322-2206**.

## A Edificio A

Asistentes médicos
Café de Salud y Bienestar **(A1 Entrada)**
Centro de cirugía **(A5 Entrada)**
Centro de infusión de Dignity Health
Centro de salud mamaria **(A3 Entrada)**
Dispensario
Laboratorio
Mamografía **(A5 Entrada)**
Programación
Recepcionista
Registros médicos
RN, PA y Drs.

## B Edificio B

*Primer piso:*
Centro de dermatología y tratamientos con láser

*Segundo piso:*
Facturación comercial
Gestión de calidad
Investigación mundial
Recursos Humanos

## C Edificio C

Cyberknife®

# Direcciones al CBCC

Estamos ubicados en el lado sur de Truxtun Avenue, frente a Truxtun Lake, entre Mohawk y Coffee Road.

Desde Highway 99 en dirección sur, tome la salida de California Avenue, gire a la izquierda en California, luego a la izquierda en Oak Street, diríjase a Truxtun Avenue (primer semáforo), gire a la izquierda y avance unas 3 millas. Gire a la izquierda en Truxtun Plaza West, gire a la derecha en el primer estacionamiento y continúe hacia el edificio de un piso.

Desde Highway 99 en dirección norte, tome la salida de California Avenue, gire a la derecha en California, luego a la izquierda en Oak Street, diríjase a Truxtun Avenue (primer semáforo), gire a la izquierda y avance unas tres millas, estamos en el lado izquierdo (sur).

CBCC COMPREHENSIVE BLOOD & CANCER CENTER
*Outsmarting Cancer™*

(661) 322-2206 *main* | (661) 322-7027 *fax* | 6501 Truxtun Avenue, Bakersfield, CA 93309 | www.cbccusa.com
*A Jonsson Comprehensive Cancer Center TRIO-US Site*



Rev. 08.05.24

# Política de asistencia
## Información de registro y política de retrasos

CBCC se esfuerza por hacer que la visita de todos sea cómoda y oportuna, al mismo tiempo que ofrece la mejor calidad de atención. En un esfuerzo por respetar el horario de todos y maximizar el tiempo que nuestros pacientes pasan con su proveedor/equipo de atención médica durante sus visitas, nuestra política de asistencia es la siguiente:

1. Por favor llegue 15 minutos antes de su primera cita programada para permitir suficiente tiempo para registrarse.
   **Pacientes nuevos**: CBCC requiere que todos los pacientes primerizos lleguen al menos 30 minutos antes de la hora de su primera cita para garantizar que tengamos todos los trámites y documentos necesarios archivados durante su cita como paciente nuevo.

2. **Es posible que los pacientes que lleguen tarde *(menos de 15 minutos ANTES de la hora de la cita programada)* deban reprogramar su cita**. Los pacientes con tres tardanzas y/o citas perdidas pueden resultar en un alta completa de la clínica.

3. Entendemos que pueden ocurrir cosas en la vida. Requerimos que todas las citas sean confirmadas, canceladas o reprogramadas al menos 24 horas hábiles antes de su cita.

4. Ocasionalmente, los pacientes requieren atención inmediata e inesperada durante todo el tratamiento. En tales situaciones, llámenos al **(661) 322-2206** antes de venir a la clínica en un esfuerzo por acelerar la programación de su visita y limitar el tiempo de espera lo mejor que podamos. ***CBCC no ofrece citas sin cita previa***.

5. **Visitantes**: El espacio en CBCC es limitado. Por favor lleve solo 1 (un) visitante a su cita.
   ***Aviso de exposición a la radiación***: Por razones de seguridad, CBCC prohíbe las visitas a mujeres embarazadas y/o niños menores de 16 años**.**

Esperamos poder servirle y hacer que su visita sea placentera.

Su firma a continuación indica que ha leído y acepta la Política de asistencia de CBCC.

Fecha: _____

Nombre del paciente: _____

Firma del paciente o parte responsable: _____

Nombre de la parte responsable: _____

Relación con el paciente: _____

# Código de conducta

El CBCC se compromete a garantizar un entorno seguro y respetuoso para todos: pacientes, visitantes, médicos, proveedores, equipos de atención médica y empleados.

**Esperamos que todas las personas demuestren comportamientos civilizados y respetuosos en nuestros centros.**

**Lo siguiente está totalmente prohibido:**

- Lenguaje abusivo que incluye amenazas y difamaciones
- Acoso sexual
- Agresión física
- Armas

Para preservar un entorno seguro y respetuoso para todos, nos reservamos el derecho a tomar las medidas adecuadas para abordar el comportamiento abusivo, perturbador, inapropiado o agresivo.

Su firma a continuación indica que ha leído y está de acuerdo con el Código de conducta del CBCC.

Fecha: _____

Nombre del paciente: _____

Firma del paciente o parte responsable: _____

Nombre de la parte responsable: _____

Relación con el paciente: _____

# Política de resurtido de medicamentos con receta

- Para ***solicitar un resurtido***, llame a su farmacia 72 horas antes de su última dosis.
- En el caso de medicamentos con receta externos (aquellos que no surte el CBCC), su farmacia enviará una solicitud electrónica a su proveedor.
- ***No*** llame al CBCC, el consultorio de su médico responderá a la solicitud de la farmacia.
- Para cambiar un medicamento con receta, llame al CBCC y pregunte por el consultorio de su médico. ***No*** llame a su farmacia.
- Deje un mensaje con su nombre, fecha de nacimiento y solicitud del medicamento con receta.
- Si se aprueba su solicitud, el medicamento con receta se enviará a su farmacia. Si ***no*** se aprueba, el consultorio de su médico lo llamará.
- Los mensajes se revisan cada dos horas: ***no*** vuelva a llamar para preguntar sobre su medicamento con receta.

**Medicamentos de la Lista II de la Administración de Control de Drogas (DEA)**

| | | | |
|---|---|---|---|
| Codeína | Oxicodona | Fentanilo | Morfina |
| MSContin | Thylox | Percocet | Roxanol |
| Seconal | Dilaudid | Hidrocodona | |
| Demerol | Oxycontin | Metadona | |

- ***Deben enviarse mediante receta electrónica segura.*** Tienen un límite de un suministro para 30 días sin resurtidos.
- Para solicitar otro suministro para 30 días o para solicitar un cambio en su medicamento, llame al CBCC ***al menos 72 horas antes de su última dosis*** y pregunte por el consultorio de su médico.
- Deje un mensaje con su nombre, fecha de nacimiento y solicitud del medicamento con receta.
- Si llama el lunes, su farmacia debería recibirlo antes del jueves.
- Si llama el martes, su farmacia debería recibirlo antes del viernes.
- Si llama el miércoles, su farmacia debería recibirlo antes del lunes.
- Si llama el jueves, su farmacia debería recibirlo antes del martes.
- Si llama el viernes, su farmacia debería recibirlo antes del miércoles.
- Si ***no*** se aprueba su solicitud, el consultorio de su médico lo llamará.

# Solicitud de registros médicos, CD o cartas médicas

Para solicitar cualquier registro médico, CD de imágenes o cartas médicas, llame al **(661) 322-2206**. Espere hasta 48 horas para que se procese su solicitud. En caso de que su solicitud demore más, el CBCC se lo notificará.

Entendemos que a veces estos documentos son necesarios con urgencia y, en estas situaciones, haremos todo lo posible para adaptar su solicitud.

# Patient Information Form/*Formulario de información del paciente*

First Name/*Nombre* _____
Last Name/*Apellido* _____
Sex/*Sexo* ☐ Male/*Masculino* ☐ Female/*Femenino*
Marital Status/*Estado civil* _____
Address/*Dirección* _____
City/*Ciudad* _____ State/*Estado* _____
Zip/*Código postal* _____
Home Phone/*Teléfono residencial* _____
Cell Phone/*Teléfono celular* _____
Email Address/*Correo electrónico* _____
Date of Birth/*Fecha de nacimiento* _____ Age/*Edad* _____
Social Security #/*Número de seguro social* _____
Employer/*Empleador* _____
Occupation/*Ocupación* _____
Work Phone/*Teléfono del trabajo* _____
Language(s) Spoken/*Idiomas que habla* _____
Race/*Raza* ☐ White/*Blanco* ☐ Black/*Afroamericano*
☐ Asian/*Asiático* ☐ Hispanic/*Hispano*
☐ Native Hawaiian/*Nativo de Hawái*
☐ Pacific Islander/*Isleño del Pacífico* ☐ Native American or Alaskan Native/*Nativo americano o nativo de Alaska*
☐ Decline to Answer/*Se niega a responder*
☐ Other/*Otra opción* _____

## Spouse or Responsible Party
### *Cónyuge o persona responsable*

Name/*Nombre* _____
Address/*Dirección* _____
City/*Ciudad* _____ State/*Estado* _____
Zip/*Código postal* _____
Home Phone/*Teléfono residencial* _____
Cell Phone/*Teléfono celular* _____
Date of Birth/*Fecha de nacimiento* _____ Age/*Edad* _____
Social Security #/*Número de seguro social* _____
Employer/*Empleador* _____
Work Phone/*Teléfono del trabajo* _____

## Preferred Method of Contact
### *Método de contacto preferido*

☐ Phone/*Teléfono* ☐ Text/*Texto* ☐ Email/*Correo electrónico*

By agreeing to receive text messages from CBCC, you acknowledge that standard text messaging rates from your wireless carrier may apply./*Al aceptar recibir mensajes de texto de CBCC, reconoce que se pueden aplicar tarifas estándar de mensajes de texto de su proveedor de servicios móviles.*

## Person to Contact in Case of Emergency
### *Persona de contacto en caso de emergencia*

Permission to discuss my treatment, diagnostic tests and medical condition/*Permiso para analizar mi tratamiento, pruebas de diagnóstico y afección médica*

Name/*Nombre* _____
Address/*Dirección* _____
City/*Ciudad* _____ State/*Estado* _____
Zip/*Código postal* _____
Phone/*Teléfono* _____
Relationship to Patient/*Relación con el paciente*: _____

***Lleve sus tarjetas de seguro y su tarjeta de medicamentos con receta para presentársela al recepcionista cuando llegue a su cita.***

***Medicamentos con receta**: para satisfacer mejor las necesidades de nuestros pacientes, podemos dispensar, aquí en nuestro campus, algunos medicamentos con receta según las prescripciones de nuestros médicos. Le facturaremos a su seguro de farmacia y le cobraremos el copago correspondiente. Comprenda que no tiene la obligación de surtir medicamentos con receta aquí y que tiene la opción de recibirlos en la farmacia de su elección. Estaremos encantados de facilitarle esto.*

***Aviso para los consumidores**: los médicos están autorizados y regulados por la Junta Médica de California. (800) 633-2322 o www.mbc.ca.gov*

Date/*Fecha* _____
Patient or Responsible Party Signature/*Firma del paciente o parte responsable* _____
Responsible Party Name/*Nombre de la parte responsable* _____
Relationship to Patient/*Relación con el paciente*: _____

# Request for Release of Medical Records & Pathology Material

## *Solicitud de divulgación de registros médicos y material patológico*

**URGENT/*URGENTE***

Physician/Hospital Name/*Nombre del médico/hospital*

Address/*Dirección*

Dates of Hospitalization/*Fechas de la hospitalización*

_____thru/*hasta* _____

I hereby request any and all of the following medical records in your possession. *Por el presente, solicito todos y cada uno de los siguientes registros médicos en su poder.*

- ☐ Imaging Reports/*Informes de diagnósticos por imagen*
- ☐ Laboratory & Pathology Results/*Resultados patológicos y de laboratorio*
- ☐ Pathology Material/*Material patológico*
- ☐ Physicians Office Records/*Registros de los consultorios médicos*
- ☐ Hospital Records/*Registros del hospital*
- ☐ HIV Test Results/*Resultados de pruebas de VIH*
- ☐ Mental Health Records Protected by Lanterman-Petris –Short Act/*Registros de salud mental protegidos por la Ley Lanterman-Petris –Short*
- ☐ Other/*Otros* _____

To be released and faxed to:
*Divulgar y enviar por fax a:*

Comprehensive Blood & Cancer Center
6501 Truxtun Avenue
Bakersfield, CA 93309
Fax/*Envíe un fax al*: **(661) 322-7027**

Date/*Fecha* _____

Patient Name/*Nombre del paciente* _____

Date of Birth/*Fecha de nacimiento* _____

Patient or Responsible Party Signature/*Firma del paciente o parte responsable* _____

Responsible Party Name/*Nombre de la parte responsable* _____

Relationship to Patient/*Relación con el paciente* _____

The authorization is effective now and will remain in effect until one year from date signed. *La autorización entra en vigencia ahora y se mantendrá vigente hasta un año después de la fecha de su firma.*

If not signed by patient, please indicate the relationship/
*Si no tiene la firma del paciente, indique la relación*

- ☐ Parent or guardian of a minor patient/*Padre/madre o tutor de un paciente menor de edad*
- ☐ Guardian or conservator of an incompetent patient/*Tutor o custodio de un paciente incapacitado*
- ☐ Beneficiary or personal representative of a deceased patient/*Beneficiario o representante personal de un paciente fallecido*
- ☐ Spouse or person financially responsible –where information is solely for the purpose of processing an application for dependent health care coverage/*Cónyuge o persona financieramente responsable: cuando la información tiene el único propósito de procesar una solicitud de cobertura de atención médica para los dependientes*

For mental health records only.
*Solo para registros de salud mental.*

Physician Signature/*Firma del médico* _____

Date/*Fecha* _____

# Consentimiento para obtener el historial de medicamentos del paciente

El historial de medicamentos de su paciente es una parte importante para ayudar a nuestros proveedores a tratar sus síntomas o enfermedades de manera adecuada y para evitar interacciones farmacológicas potencialmente peligrosas. Su historial de medicamentos se ha recopilado a partir de una variedad de fuentes que incluyen, entre otras, las farmacias, las compañías de seguros y otros proveedores de atención médica. Esta información se almacena en los registros médicos electrónicos (EHR/EMR) y se considera parte de su registro médico.

Es importante que analice su historial de medicamentos con su proveedor. Si bien la mayor parte de su historial de medicamentos estará disponible, hay casos en los que es posible que los artículos no lo estén, incluidos, entre otros, los medicamentos que se compraron sin usar un seguro, los medicamentos de venta libre, los suplementos y las farmacias que no tienen un historial de medicamentos disponible.

Al firmar a continuación, en virtud del presente, autorizo a que el CBCC y sus proveedores obtengan mi historial de medicamentos. Comprendo que doy mi consentimiento para que el CBCC recopile y otorgue permiso a mi farmacia, planes de seguro y otras entidades para divulgar información sobre mi historial de medicamentos que puede incluir, entre otros, medicamentos para tratar el SIDA/VIH y medicamentos recetados para tratar problemas de salud mental, como la depresión.

Fecha: _____

Nombre del paciente: _____

Firma del paciente o parte responsable: _____

Nombre de la parte responsable: _____

Relación con el paciente: _____

# Divulgación de información de salud del paciente

_____ *(Inicial)* Autorizo a los médicos y al personal del CBCC a analizar mi tratamiento, pruebas de diagnóstico y afección médica con las siguientes personas:

_____ *(Inicial)* Autorizo a los médicos y al personal del CBCC a analizar mis registros de salud mental protegidos por la Ley Lanterman-Petris –Short con las siguientes personas:

_____ *(Inicial)* No divulgue información médica.

**Divulgar información a:**

Nombre: _____

Relación. _____

Teléfono: _____

**Divulgar información a:**

Nombre: _____

Relación. _____

Teléfono: _____

**Divulgar información a:**

Nombre: _____

Relación. _____

Teléfono: _____

**Divulgar información a:**

Nombre: _____

Relación. _____

Teléfono: _____

**Divulgar información a:**

Nombre: _____

Relación. _____

Teléfono: _____

**Divulgar información a:**

Nombre: _____

Relación. _____

Teléfono: _____

## Este es un formulario de consentimiento indefinido a menos que se especifique lo contrario.

*Comprendo que, si mi número de teléfono o fax cambia con respecto al que figura en esta lista, debo notificar al CBCC por escrito.*

Fecha: _____

Nombre del paciente: _____

Firma del paciente o parte responsable: _____

Nombre de la parte responsable: _____

Relación con el paciente: _____

# Aviso de prácticas de privacidad (NPP) de la HIPAA

La Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) brinda protección a los pacientes con la intención de limitar la divulgación de la información de salud protegida, que abarca cualquier dato relacionado con su tratamiento en el consultorio. Haremos todo lo posible para cumplir en su totalidad con todas las reglamentaciones de privacidad de la HIPAA, a menos que usted autorice lo contrario, como se establece a continuación. Este aviso describe cómo se puede usar y divulgar su información de salud y cómo puede acceder a esta. Revíselo con atención.

Este aviso describe cómo se puede usar y divulgar su información de salud y cómo puede acceder a esta. Revíselo con atención.

Si tiene alguna pregunta sobre este aviso, comuníquese con nuestro funcionario de Privacidad de práctica.

## Nuestras obligaciones:

La ley nos exige lo siguiente:

- Mantener la privacidad de la información de salud protegida, excepto como se describe a continuación.
- Entregarle este aviso de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a su información de salud.
- Respetar los términos de nuestro aviso que está actualmente vigente.

## Cómo podemos usar y divulgar información de salud:

A continuación, se describen las formas en que podemos usar y divulgar la información de salud que lo identifica ("Información de salud"). Excepto para los fines que se describen a continuación, utilizaremos y divulgaremos la Información de salud solo con su permiso por escrito. Usted puede revocar dicho permiso en cualquier momento escribiendo a nuestro funcionario de Privacidad de práctica.

***Para tratamiento.*** Podemos usar y divulgar Información de salud para su tratamiento y para brindarle servicios de atención médica relacionados con el tratamiento. Por ejemplo, podemos divulgar Información de salud a médicos, personal de enfermería, técnicos u otro personal, incluidas personas fuera de nuestro consultorio, que participan en su atención médica y necesitan la información para llevar a cabo dicha tarea.

***Para pagos.*** Podemos usar y divulgar Información de salud para que nosotros u otras personas podamos facturar y recibir el pago que usted, una compañía de seguros o un tercero efectúan por el tratamiento y los servicios que recibió. Por ejemplo, podemos brindarle información sobre usted a su plan de salud para que ellos paguen por su tratamiento.

***Para exámenes.*** Podemos usar y divulgar información de salud relacionada con su diagnóstico, atención y tratamiento al CBCC Global, Inc. y a cualquier otra entidad afiliada al CBCC, incluidos sus agentes y empleados, con el objetivo de realizar investigaciones relacionadas con el cáncer o determinar la posible elegibilidad para realizar ensayos con quimioterapia contra el cáncer que existen actualmente o que puedan surgir en el futuro. Estos exámenes generalmente se realizan a lo largo del tiempo y de forma aleatoria a medida que surgen nuevos ensayos, protocolos o tratamientos experimentales. No se le inscribirá en ningún programa de este tipo sin su consentimiento expreso y tras un análisis posterior con su médico. Los exámenes promueven una mejor atención para los pacientes, ya que se pueden encontrar nuevos tratamientos que no existían cuando inicialmente se diagnosticó o trató por cáncer a un paciente.

***Ejército y veteranos.*** Si es miembro de las fuerzas armadas, podemos divulgar Información de salud según lo requieran las autoridades militares. También podemos divulgar Información de salud a la autoridad militar extranjera correspondiente si usted es miembro de un ejército extranjero.

***Compensación laboral.*** Podemos divulgar Información de salud para la compensación de trabajadores o programas similares. Estos programas ofrecen beneficios por lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo.

***Riesgos para la salud pública.*** Podemos divulgar Información de salud para actividades de salud pública. Estas actividades generalmente incluyen divulgaciones para prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades, informar nacimientos y defunciones, denunciar abuso o negligencia infantil, informar reacciones a medicamentos o problemas con los productos, notificar a las personas sobre retiros del mercado de productos que puedan estar usando, notificar a una persona que puede haber estado expuesta a una enfermedad o que puede estar en riesgo de contraer o propagar una enfermedad o afecciones y a la autoridad gubernamental correspondiente si creemos que un paciente ha sido víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica. Esta divulgación solo será posible si usted está de acuerdo o cuando la ley lo exija o lo autorice.

***Actividades de supervisión de la salud.*** Podemos divulgar Información de salud a una agencia de supervisión de la salud para actividades que estén autorizadas por la ley. Estas actividades de supervisión incluyen, por ejemplo, auditorías, investigaciones, inspecciones y certificaciones. Estas actividades son necesarias para que el gobierno supervise el sistema de atención médica, los programas gubernamentales y el cumplimiento de las leyes de los derechos civiles.

***Objetivos de la notificación de violación de datos.*** Podemos usar o divulgar su Información de salud protegida para proporcionar avisos legalmente requeridos o acceso o divulgación no autorizados de su información de salud.

***Demandas y disputas.*** Si está involucrado en una demanda o disputa, podemos divulgar Información de salud en respuesta a una orden judicial o administrativa. También podemos divulgar Información de salud en respuesta a una citación, una solicitud de descubrimiento u otro proceso legal por parte de otra persona involucrada en la disputa, pero solo si se han hecho esfuerzos para informarle acerca de la solicitud o para obtener una orden que proteja la información solicitada.

***Cumplimiento de la ley.*** Podemos divulgar Información de salud si nos lo solicita un funcionario de la ley si la información es: (1) en respuesta a una orden judicial, citación, orden de detención, orden de comparecencia o proceso similar; (2) información limitada para identificar o localizar a un sospechoso, fugitivo, testigo material o persona desaparecida; (3) sobre la víctima de un crimen incluso si, en ciertas circunstancias muy limitadas, no podemos obtener el consentimiento de la persona; (4) sobre una muerte que creemos que puede ser el resultado de una conducta criminal; (5) sobre conducta criminal en nuestras instalaciones; y (6) en una situación de emergencia para denunciar un crimen, la ubicación del crimen o de las víctimas, o la identidad, descripción o ubicación de la persona que cometió el crimen.

***Médicos forenses, examinadores médicos y directores de funerarias.*** Podemos divulgar Información de salud a un médico forense o examinador médico. Esto puede ser necesario, por ejemplo, para identificar a una persona fallecida o para determinar la causa de la muerte. También podemos divulgar Información de salud a directores de funerarias según sea necesario para sus funciones.

## Formulario de acuse de recibo del Aviso de prácticas de privacidad (NPP) para la Información de salud y Consentimiento a las políticas de la HIPAA del CBCC

A partir del 14 de abril de 2003; la ley exige que el Comprehensive Blood & Cancer Center proporcione a nuestros pacientes una copia de su Aviso de prácticas de privacidad relacionado con la Información de salud. Al firmar a continuación, el paciente confirma el consentimiento y su recepción, o si usted es el representante personal del paciente o agente autorizado, o participa en la atención médica del paciente, confirma el consentimiento y su recepción.

Fecha: _____

Nombre del paciente: _____ Firma del paciente o parte responsable: _____

Nombre de la parte responsable: _____ Relación con el paciente: _____

# Asignaciones de beneficios de responsabilidad financiera del paciente

## Asignación de beneficios de responsabilidad financiera del paciente

Es posible que Medicare y las compañías de seguros privadas no cubran por completo los servicios solicitados por su médico y puede que solo paguen una parte del monto que el CBCC les factura. Por ejemplo, los pacientes suelen ser responsables del pago de los deducibles, el coseguro y los copagos. Al firmar el formulario, reconoce que es responsable de los montos que Medicare o su compañía de seguros no cubran. Al firmar, también acepta reunirse con el asesor financiero del CBCC para concretar un plan de pago para los saldos pendientes. El asesor trabajará con usted para hacer que estos pagos sean lo más fáciles posible para usted y su familia.

El CBCC hará todo lo posible para obtener la autorización de los servicios solicitados por su médico a Medicare o a su compañía de seguros privada. Al firmar este formulario, usted autoriza al CBCC a apelar cualquier denegación de autorización previa de servicios en su nombre.

También facturaremos a Medicare o a su aseguradora por los servicios que prestemos. Al firmar este formulario, usted autoriza el pago de los beneficios del seguro al CBCC por los servicios que se le prestaron.

Al firmar el formulario, también autoriza la divulgación de información de salud a su compañía de seguros y a cualquier otro médico que participe en su atención médica.

**Tomografías por emisión de positrones:** los pacientes que se realizan tomografías por emisión de positrones tienen una obligación adicional. Dado que los materiales utilizados en las tomografías por emisión de positrones deben solicitarse específicamente para cada paciente, ***estas solo pueden cancelarse hasta 24 horas antes de la fecha programada para el examen. Después de este período, a los pacientes que cancelen estas tomografías se les cobrará el costo de la dosis no utilizada.***

## Certificación de elegibilidad para el seguro

Comprendo que es mi responsabilidad proporcionar al CBCC información precisa sobre mi cobertura de seguro médico. Si hubiera algún cambio en mi cobertura, acepto que soy responsable de informar al CBCC acerca de los cambios y comprendo que, si no lo hago, seré financieramente responsable de cualquier reclamo impago resultante.

Fecha: _____

Nombre del paciente: _____

Firma del paciente o parte responsable: _____

Nombre de la parte responsable: _____

Relación con el paciente: _____

# Políticas de pagos del CBCC

## Políticas de cobro del CBCC

**Pago en efectivo:**

- El pago total se debe realizar en el momento en que se presten los servicios.
- Se solicita al paciente que tenga registrada una tarjeta de crédito autorizada. En caso de que exista un saldo impago en el momento de la facturación mensual, este saldo se puede transferir a la tarjeta de crédito. Se hará una llamada de cortesía al paciente para concretar esta transacción.
- Los pacientes con dificultades económicas serán remitidos al asesor financiero del CBCC para determinar el nivel de necesidad y proporcionar la asistencia disponible.

**Medicare sin seguro secundario:**

- El CBCC acepta la asignación de Medicare.
- El paciente es responsable del pago de cualquier monto deducible, del 20% de coseguro y de cualquier servicio no cubierto para el cual se haya firmado un Aviso previo al beneficiario.
- El pago vence por completo cuando se recibe el estado de cuenta mensual.
- Se solicita al paciente que tenga registrada una tarjeta de crédito autorizada. En el caso de que un saldo esté en mora durante más de 30 días, luego de una llamada de cortesía, el saldo se puede transferir a la tarjeta de crédito.
- Los pacientes con dificultades económicas serán remitidos al asesor financiero del CBCC para determinar el nivel de necesidad y proporcionar la asistencia disponible.

**Medicare con seguro secundario:**

- El CBCC acepta la asignación de Medicare.
- Se verificará la cobertura del seguro secundario. Si hay una cobertura adecuada, el CBCC facturará al plan complementario.
- Todos los copagos vencen en el momento en que se preste el servicio.
- El paciente es responsable de cualquier saldo no pagado por el plan complementario y de cualquier servicio no cubierto para el cual se haya firmado un Aviso previo al beneficiario. Este pago vence por completo cuando se recibe el estado de cuenta mensual.

**Seguro comercial:**

- Se verificará la cobertura de los planes de seguro. Si hay una cobertura adecuada, el CBCC facturará a los planes.
- Todos los copagos vencen en el momento en que se preste el servicio.
- El paciente es responsable de cualquier saldo adeudado después del pago que efectúen los planes de seguro.
- El pago vence por completo cuando se recibe el estado de cuenta mensual.
- Se solicita al paciente que tenga registrada una tarjeta de crédito autorizada. En el caso de que un saldo esté en mora durante más de 30 días, luego de una llamada de cortesía, el saldo se puede transferir a la tarjeta de crédito.
- Los pacientes con dificultades económicas serán remitidos al asesor financiero del CBCC para determinar el nivel de necesidad y proporcionar la asistencia disponible.

**Costo médico compartido:**

- Hasta que se cubra la parte del costo, se seguirá la política de pago en efectivo.

Fecha: _____

Nombre del paciente: _____

Firma del paciente o parte responsable: _____

Nombre de la parte responsable: _____

Relación con el paciente: _____

# Carta sobre relación financiera

Estimado(a) paciente,

Yazmin Irizarry y Virginia Gonzales son las asesoras financieras de CBCC & Dignity Health. Su objetivo es asegurarse de que tenga una comprensión sólida de su cobertura médica, así como de su responsabilidad financiera.

Solo toma un momento para averiguar si califica para recibir asistencia financiera. Hay varios programas de copago de medicamentos para los asegurados comercialmente; y programas básicos para pacientes con cobertura de Medicare.

Estos programas pueden ayudarlo con sus necesidades de radiación, inyecciones, infusiones y quimioterapia. También pueden proporcionar recursos adicionales para asistencia mas allá de sus capacidades.

Si necesita ayuda para determinar qué atención está cubierta por el seguro o cuáles son sus obligaciones financieras, no dude en llamar o reunirse con ellas. Se puede comunicar con los servicios financieros al **(661) 616-6443** o **(661) 862-7169**.

Saludos cordiales,

**Yazmin Irizarry**
Consejera Financiera
(661)616-6443
(661)616-6443 Número de fax
yirizarry@cbccusa.com

**Virginia González**
Consejera Financiera
(661) 862-7169
(661) 862-7169 Número de fax
vgonzales@cbccusa.com

# Patient Health & Medical History Questionnaire

## *Cuestionario sobre el historial médico y la salud del paciente*

Date/*Fecha* _____

First Name/*Nombre* _____ Age/*Edad* _____

Middle Name/*Segundo nombre* _____ Ethnicity/Race/*Etnia/raza* _____

Last Name/*Apellido* _____ Marital Status/*Estado civil* _____

Sex/*Sexo* ☐ Male/*Masculino* ☐ Female/*Femenino*

Please answer carefully the enclosed questionnaire about your present and past medical problems and the history of your current illness. It is important that you complete each of the questions as accurately as possible so the doctor can best understand the nature of your present medical problems. This information will become part of your permanent record and will remain confidential. The contents of this questionnaire will only be released with your written authorization.

*Esta información formará parte de su registro permanente y se mantendrá confidencial. El contenido de este cuestionario solo se publicará con su autorización por escrito. Responda cuidadosamente el cuestionario adjunto sobre sus problemas médicos actuales y pasados y el historial de su enfermedad actual. Es importante que complete cada una de las preguntas con la mayor precisión posible para que el médico pueda comprender mejor la naturaleza de sus problemas médicos actuales.*

### List Your Physician(s)/*Lista de sus médicos*

Use additional pages if needed. Check box if provider is to receive a copy of today's consultation.
*Utilice páginas adicionales si es necesario. Marque la casilla si el proveedor debe recibir una copia de la consulta de hoy.*

☐ Personal Physician/*Médico personal* _____ Phone/*Teléfono* _____

☐ Surgeon/*Cirujano* _____ Phone/*Teléfono* _____

☐ Cardiologist/*Cardiólogo* _____ Phone/*Teléfono* _____

☐ Pulmonologist/*Neumólogo* _____ Phone/*Teléfono* _____

☐ Urologist/*Urólogo* _____ Phone/*Teléfono* _____

☐ Gastroenterologist/*Gastroenterólogo* _____ Phone/*Teléfono* _____

☐ Other/*Otro* _____ Phone/*Teléfono* _____

### Your Pharmacy/*Su farmacia*

Name/*Nombre* _____ Phone/*Teléfono* _____

## History of Present Illness/*Historial de la enfermedad actual*

**Physician Comments**
*Comentarios del médico*

What is the reason for your visit?/*¿Cuál es el motivo de su consulta?* _____

What are your current symptoms and how long have you had them?/*¿Cuáles son sus síntomas actuales y por cuánto tiempo los ha tenido?* _____

Have you received treatment for this diagnosis?/*¿Ha recibido tratamiento para este diagnóstico?*

☐ No/*No* ☐ Yes/*Sí* Please give date and location of the treatment/surgery.
*Indique la fecha y el lugar del tratamiento/la cirugía.*

Surgery/*Cirugía* _____

Radiation/*Radiación* _____

Drug or other therapy (chemotherapy)/*Medicamento u otra terapia (quimioterapia)* _____

Do you have other medical problems that are now being treated?/
*¿Tiene otros problemas médicos que estén tratados actualmente?*

☐ No/*No* ☐ Yes/*Sí* Please list them here./*Sí. Enumérelos aquí.* _____

## Past Medical History/*Historial médico*

Check the illnesses that you have had or currently have. Provide the year for those that required hospitalization./
*Marque las enfermedades que ha tenido o tiene actualmente. Proporcione el año para aquellas que requirieron hospitalización.*

- ☐ Heart Disease _____ *Enfermedad cardíaca*
- ☐ Cancer _____ *Cáncer*
- ☐ Diabetes _____ *Diabetes*
- ☐ Emphysema _____ *Enfisema*
- ☐ Hives _____ *Urticaria*
- ☐ Asthma _____ *Asma*
- ☐ Tuberculosis _____ *Tuberculosis*
- ☐ Valley Fever _____ *Fiebre del Valle*
- ☐ Blood Clots _____ *Coágulos de sangre*
- ☐ Seizures _____ *Convulsiones*
- ☐ Scarlet Fever _____ *Escarlatina*
- ☐ Hepatitis _____ *Hepatitis*
- ☐ Stomach Ulcer _____ *Úlceras estomacales*
- ☐ Liver Disease _____ *Enfermedad hepática*
- ☐ Jaundice _____ *Ictericia*
- ☐ Measles _____ *Sarampión*
- ☐ Mumps _____ *Parotiditis*
- ☐ Chicken Pox _____ *Varicela*
- ☐ Anemia _____ *Anemia*
- ☐ Pneumonia *(Recurring)* _____ *Neumonía (recurrente)*
- ☐ Kidney Disease _____ *Enfermedad renal*
- ☐ Bronchitis *(Recurring)* _____ *Bronquitis (recurrente)*
- ☐ Venereal Disease _____ *Enfermedad venérea*
- ☐ Nervous Breakdown _____ *Crisis nerviosa*
- ☐ Bleeding Disorder _____ *Trastorno de sangrado*
- ☐ Rheumatic Fever _____ *Fiebre reumática*
- ☐ High Blood Pressure _____ *Presión arterial alta*
- ☐ Shingles _____ *Culebrilla*
- ☐ Herpes Zoster _____ *Herpes zóster*
- ☐ Thyroid Disease _____ *Enfermedad de la tiroides*

Other serious illness/*Otra enfermedad grave* _____

Have you had any of the surgeries listed below? Check and give the year./*¿Ha tenido alguna de las cirugías que se enumeran a continuación? Marque e indique el año.*

- ☐ Appendix _____ *Del apéndice*
- ☐ Breast _____ *De pecho*
- ☐ Eyes _____ *De los ojos*
- ☐ Stomach _____ *De estómago*
- ☐ Artery _____ *De arterias*
- ☐ Colon _____ *De colon*
- ☐ Bladder _____ *De la vejiga*
- ☐ Heart Problems _____ *Por problemas cardíacos*
- ☐ Heart Surgery _____ *Cirugía cardíaca*

## Past Medical History *(cont.)*/*Historial médico (cont.)*

**Physician Comments**
*Comentarios del médico*

Have you had any of the surgeries listed below? Check and give the year:
*¿Ha tenido alguna de las cirugías que se enumeran a continuación? Marque e indique el año:*

- ☐ Hip _____ *De cadera*
- ☐ Lung _____ *De pulmón*
- ☐ Ovary _____ *De ovarios*
- ☐ Kidney _____ *De riñón*
- ☐ Veins _____ *Vascular*
- ☐ Bone Marrow _____ *De médula ósea*
- ☐ Gallbladder _____ *De vesícula*
- ☐ Knee _____ *De rodilla*
- ☐ Mastoids _____ *De mastoides*
- ☐ Nose _____ *De nariz*
- ☐ Tubes Tied _____ *Ligadura de trompas*
- ☐ Uterus _____ *De útero*
- ☐ Hernia Repair _____ *Reparación de hernia*
- ☐ Prostate Gland _____ *De la glándula prostática*
- ☐ Thyroid Gland _____ *De tiroides*
- ☐ Hemorrhoids _____ *De hemorroides*
- ☐ Tonsil & Adenoids _____ *De amígdalas y adenoides*
- ☐ Dilatation & Curettage _____ *De dilatación y curetaje*

Other surgeries/Otras cirugías: _____

Have you ever had problems with anesthesia?/*¿Alguna vez ha tenido problemas con la anestesia?*
☐ No/*No* ☐ Yes/*Sí* Please state the problem/*Indique el problema* _____

Have you ever had radiation treatment?/*¿Alguna vez ha recibido radioterapia?*
☐ No/*No* ☐ Yes/*Sí* What part(s) of the body/*¿En qué partes del cuerpo?* _____

Have you ever had serious accidents or injuries?/*¿Alguna vez ha sufrido accidentes o lesiones graves?*
☐ No/*No* ☐ Yes/*Sí* Please describe/*Sí: describa* _____

Have you ever had blood transfusions?/*¿Alguna vez ha recibido transfusiones de sangre?*
☐ No/*No* ☐ Yes/*Sí* List how many/*Enumere cuántas veces* _____

## Medications/Medicamentos

List the names of any medications that you take regularly/*Enumere los nombres de los medicamentos que toma con regularidad*

| Name/*Nombre* | Dose/*Dosis* | Frequency/*Frecuencia* | Date Started/*Fecha de inicio* |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Would you like to have some of your prescriptions filled at our office?
*¿Le gustaría que le surtieran algunos de sus medicamentos con receta en nuestro consultorio?*
☐ No/*No* ☐ Yes/*Sí*

## Vaccination Information/*Información de vacunación*

**Flu Shot/*Vacuna contra la gripe***

Date Taken/Fecha de vacunación _____ Location/*Sitio* ☐ Left Arm *Brazo izquierdo* ☐ Right Arm *Brazo izquierdo*

**Covid-19/*Vacuna contra la COVID-19***

1st Dose/1.ª dosis _____ Location/*Sitio* ☐ Left Arm *Brazo izquierdo* ☐ Right Arm *Brazo izquierdo*

2nd Dose/2.ª dosis _____ Location/*Sitio* ☐ Left Arm *Brazo izquierdo* ☐ Right Arm *Brazo izquierdo*

Booster/Dosis de refuerzo _____ Location/*Sitio* ☐ Left Arm *Brazo izquierdo* ☐ Right Arm *Brazo izquierdo*

Manufacturer/*Fabricante* ☐ Moderna ☐ Pfizer ☐ Johnson & Johnson

## Allergies/*Alergias*

**Physician Comments**
*Comentarios del médico*

| Medication/Food<br>*Medicamentos/alimentos* | Reaction<br>*Reacción* | Date First Occurred<br>*Fecha en la que ocurrió por primera vez* |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

## Personal Habits/*Hábitos personales*

List the jobs you have held/*Enumere los trabajos que ha tenido*: _____

_____

_____

Have you ever been exposed to any of the following?/*¿Alguna vez ha estado expuesto a alguno de los siguientes?*

| | | |
|---|---|---|
| Radiation/*Radiación* | ☐ No/*No* | ☐ Yes/*Sí* |
| Petroleum Products/*Productos derivados del petróleo* | ☐ No/*No* | ☐ Yes/*Sí* |
| Industrial Toxins/*Toxinas industriales* | ☐ No/*No* | ☐ Yes/*Sí* |
| Insecticides/*Insecticidas* | ☐ No/*No* | ☐ Yes/*Sí* |
| Benzene/*Benceno* | ☐ No/*No* | ☐ Yes/*Sí* |

Smoking/*Tabaquismo*

☐ Yes, current every day smoker./*Sí, actual fumador todos los días.*
Number of years/*Cantidad de años* _____ Packs per day/*Paquetes por día* _____

☐ Yes, occasional smoker./*Sí, fumador ocasional.*
Number of years/*Cantidad de años* _____ Packs per week/*Paquetes por semana* _____

☐ Previously smoked, but quit./*Exfumador.* Years quit/*Hace cuántos años que dejó de fumar* _____

☐ Never smoked/*Nunca fumó*

Do you drink alcohol?/*¿Bebe alcohol?* ☐ No/*No* ☐ Yes/*Sí* Explain/*Indique la cantidad y el tipo* _____

Have you been on a diet in the past?/*¿Ha hecho dieta en el pasado?*
☐ No/*No* ☐ Yes/*Sí* List type and reason/*Indique el tipo y el motivo* _____

Have you ever used "street drugs" (cocaine, marijuana, LSD, etc.)?/*¿Alguna vez ha consumido "drogas ilegales" (cocaína, marihuana, LSD, etc.)?* ☐ No/*No* ☐ Yes/*Sí*

## Religious Beliefs *(optional)*/*Creencias religiosas (opcional)*

Do you have a religious background?/*¿Tiene antecedentes religiosos?*
☐ No/*No* ☐ Yes/*Sí* Explain/*Explique* _____

Will your religious beliefs have an important role in your treatment?/*¿Sus creencias religiosas tendrán un papel importante en su tratamiento?* ☐ No/*No* ☐ Yes/*Sí*

Would you like a doctor, nurse or other staff member to pray with you?/*¿Le gustaría que un médico, personal de enfermería u otro miembro del personal rezara con usted?* ☐ No/*No* ☐ Yes/*Sí*

## Cancer Screening/*Pruebas de detección de cáncer*

Have you had any of the following tests? If yes, when and where?
*¿Se ha realizado alguna de las siguientes pruebas? Si la respuesta es afirmativa, ¿cuándo y dónde?*

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Mammogram/*Mamografía* | ☐ No/*No* ☐ Yes/*Sí* | When/*Cuándo*: _____ | Where/*Dónde*: _____ |
| Pap Smear/*Prueba de Papanicolaou* | ☐ No/*No* ☐ Yes/*Sí* | When/*Cuándo*: _____ | Where/*Dónde*: _____ |
| Prostate Exam/*Examen de próstata* | ☐ No/*No* ☐ Yes/*Sí* | When/*Cuándo*: _____ | Where/*Dónde*: _____ |
| PSA/*Prueba del antígeno prostático específico* | ☐ No/*No* ☐ Yes/*Sí* | When/*Cuándo*: _____ | Where/*Dónde*: _____ |
| Colon Exam/*Examen de colon* | ☐ No/*No* ☐ Yes/*Sí* | When/*Cuándo*: _____ | Where/*Dónde*: _____ |
| Skin Exam/*Examen de piel* | ☐ No/*No* ☐ Yes/*Sí* | When/*Cuándo*: _____ | Where/*Dónde*: _____ |
| Chest X-Ray/*Radiografía de pecho* | ☐ No/*No* ☐ Yes/*Sí* | When/*Cuándo*: _____ | Where/*Dónde*: _____ |
| Other/*Otro examen*: _____ | | When/*Cuándo*: _____ | Where/*Dónde*: _____ |

## General Health Family History/*Historial familiar de salud general*

**Physician Comments**
*Comentarios del médico*

List the members of your immediate family, their ages, current health status and if deceased, their age of death./*Enumere los miembros de su familia inmediata, sus edades, estado de salud actual y, si fallecieron, la edad de su muerte.*

| | Age *Edad* | Health Status *Estado de salud* | | | Cause of Death & Age *Causa de muerte y edad* |
|---|---|---|---|---|---|
| | | Good *Bueno* | Fair *Favorable* | Poor *Malo* | |
| Mother *Madre* | | ☐ | ☐ | ☐ | |
| Father *Padre* | | ☐ | ☐ | ☐ | |
| Sister(s) *Hermana(s)* | | ☐ | ☐ | ☐ | |
| Brother(s) *Hermano(s)* | | ☐ | ☐ | ☐ | |
| Daughter(s) *Hija(s)* | | ☐ | ☐ | ☐ | |
| Son(s) *Hijo(s)* | | ☐ | ☐ | ☐ | |

List others here/*Enumere otras personas aquí* _____

Are you of Ashkenazi Jewish heritage?/*¿Es de ascendencia judía asquenazi?*
☐ No/*No* ☐ Yes/*Sí*

Has any family member had a blood disease?/*¿Algún miembro de la familia ha tenido una enfermedad de la sangre?*
☐ No/*No* ☐ Yes/*Sí* List relationship and type of blood disease/*Indique la relación y el tipo de enfermedad de la sangre*

Do you have any birth defects in your family history?/*¿Tiene alguna enfermedad congénita en su historial familiar?*
☐ No/*No* ☐ Yes/*Sí* Please explain/*Explique* _____

Are you a twin?/*¿Es gemelo?* ☐ No/*No* ☐ Yes/*Sí*

Were you born with a birth defect?/*¿Nació con una enfermedad congénita?*
☐ No/*No* ☐ Yes/*Sí* Please explain/*Explique* _____

## Cancer Family History/*Historial familiar de cáncer*

**Physician Comments**
*Comentarios del médico*

Write in the ***age*** of each cancer diagnosis in the box below for yourself and each family member who has been diagnosed with cancer as indicated./*Escriba la edad de cada diagnóstico de cáncer en la casilla a continuación para usted y cada miembro de la familia que haya sido diagnosticado con cáncer como se indica.*

| | Breast Cancer *Cáncer de mama* | Male Breast Cancer *Cáncer de mama masculino* | Colon Cancer *Cáncer de colon* | Prostate Cancer *Cáncer de próstata* | Pancreatic Cancer *Cáncer de páncreas* | Endometrial Cancer *Cáncer de endometrio* | Ovarian Cancer *Cáncer de ovario* | **Other**: Fill in cancer type & age diagnosed. ***Otro tipo**: Complete el tipo de cáncer y la edad en la que se diagnosticó.* |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Yourself *Usted* | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | |
| Mother *Madre* | ☐ | | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | |
| Father *Padre* | | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | | |
| Sister(s) *Hermana(s)* | ☐ | | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | |
| Brother(s) *Hermano(s)* | | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | | |
| Daughter(s) *Hija(s)* | ☐ | | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | |
| Son(s) *Hijo(s)* | | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | | |
| **MOTHER'S SIDE**/*POR PARTE DE LA MADRE* | | | | | | | | |
| Grandmother *Abuela* | ☐ | | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | |
| Grandfather *Abuelo* | | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | | |
| Aunt(s) *Tía(s)* | ☐ | | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | |
| Uncle(s) *Tío(s)* | | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | | |
| Cousin(s) *Primo(s)* | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | |
| **FATHER'S SIDE**/*POR PARTE DEL PADRE* | | | | | | | | |
| Grandmother *Abuela* | ☐ | | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | |
| Grandfather *Abuelo* | | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | | |
| Aunt(s) *Tía(s)* | ☐ | | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | |
| Uncle(s) *Tío(s)* | | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | | |
| Cousin(s) *Primo(s)* | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | |

☐ Family history unknown./*Historial familiar desconocido.*

## Review of Systems/*Anamnesis sistémica*

**Physician Comments**
*Comentarios del médico*

Do you have, or have you had **in the last 6 months**, any of the following?/*¿Ha tenido **en los últimos 6 meses** o tiene actualmente alguno de los siguientes signos o síntomas?*

| | | |
|---|---|---|
| General weakness/*Debilidad generalizada* | ☐ No/*No* | ☐ Yes/*Sí* |
| Skin rashes/*Erupciones cutáneas* | ☐ No/*No* | ☐ Yes/*Sí* |
| Change in taste/*Cambios en el gusto* | ☐ No/*No* | ☐ Yes/*Sí* |
| Sores not healing/*Heridas que no sanan* | ☐ No/*No* | ☐ Yes/*Sí* |
| Fever of unknown cause/*Fiebre idiopática (de causa desconocida)* | ☐ No/*No* | ☐ Yes/*Sí* |
| Weight loss without cause/*Pérdida de peso inexplicable* | ☐ No/*No* | ☐ Yes/*Sí* |
| Enlarging moles/*Lunares que aumentan de tamaño* | ☐ No/*No* | ☐ Yes/*Sí* |
| Night sweats/*Sudoración nocturna* | ☐ No/*No* | ☐ Yes/*Sí* |
| Chills/*Escalofríos* | ☐ No/*No* | ☐ Yes/*Sí* |
| Loss of appetite/*Pérdida de apetito* | ☐ No/*No* | ☐ Yes/*Sí* |
| Do you have frequent/recurring headaches?/*¿Tiene dolores de cabeza frecuentes/recurrentes?* | ☐ No/*No* | ☐ Yes/*Sí* |
| Do you have frequent dizzy spells?/*¿Tiene mareos frecuentes?* | ☐ No/*No* | ☐ Yes/*Sí* |
| Have you ever fainted?/*¿Alguna vez se ha desmayado?* | ☐ No/*No* | ☐ Yes/*Sí* |
| Have you had a recent change in eyesight?/*¿Ha tenido un cambio reciente en la vista?* | ☐ No/*No* | ☐ Yes/*Sí* |
| Have you had a recent change in hearing?/*¿Ha tenido algún cambio reciente en la audición?* | ☐ No/*No* | ☐ Yes/*Sí* |
| Do you have ringing or roaring in your ears?/*¿Siente zumbidos o ruidos fuertes en los oídos?* | ☐ No/*No* | ☐ Yes/*Sí* |
| Do you wear dentures?/*¿Usa dentaduras postizas?* | ☐ No/*No* | ☐ Yes/*Sí* |
| Do they fit properly?/*¿Se ajustan correctamente a la boca?* | ☐ No/*No* | ☐ Yes/*Sí* |
| Do you have frequent soar throats?/*¿Tiene dolores de garganta frecuentes?* | ☐ No/*No* | ☐ Yes/*Sí* |
| Do you have trouble swallowing?/*¿Tiene problemas para tragar?* | ☐ No/*No* | ☐ Yes/*Sí* |
| Do you have hoarseness without colds?/*¿Tiene ronquera sin tener resfrío?* | ☐ No/*No* | ☐ Yes/*Sí* |
| Have you lumps or swelling in the neck?/*¿Tiene bultos o inflamación en el cuello?* | ☐ No/*No* | ☐ Yes/*Sí* |
| Do you cough up a lot of phlegm?/*Cuando tose, ¿tiene mucha flema?* | ☐ No/*No* | ☐ Yes/*Sí* |
| Have you coughed up blood?/*¿Ha tosido sangre?* | ☐ No/*No* | ☐ Yes/*Sí* |
| Do you have coughing spells?/*¿Tiene ataques de tos?* | ☐ No/*No* | ☐ Yes/*Sí* |
| Do you have shortness of breath without exercise?/*¿Le falta el aire sin hacer ejercicio?* | ☐ No/*No* | ☐ Yes/*Sí* |
| Do you have shortness of breath with exercise?/*¿Le falta el aire cuando hace ejercicio?* | ☐ No/*No* | ☐ Yes/*Sí* |
| Have you had pains in your chest?/*¿Ha sentido dolor en el pecho?* | ☐ No/*No* | ☐ Yes/*Sí* |
| Have you been treated for heart problems?/*¿Ha recibido tratamiento por problemas cardíacos?* | ☐ No/*No* | ☐ Yes/*Sí* |
| Have you had high blood pressure?/*¿Ha tenido presión arterial alta?* | ☐ No/*No* | ☐ Yes/*Sí* |
| Have you had thumping or racing heart?/*¿Ha tenido palpitaciones o taquicardia?* | ☐ No/*No* | ☐ Yes/*Sí* |
| Do your ankles swell?/*¿Se le hinchan los tobillos?* | ☐ No/*No* | ☐ Yes/*Sí* |
| Do you have frequent indigestion?/*¿Tiene indigestión frecuente?* | ☐ No/*No* | ☐ Yes/*Sí* |
| Do you have pain in your stomach?/*¿Tiene dolor de estómago?* | ☐ No/*No* | ☐ Yes/*Sí* |
| Have you had frequent nausea or vomiting?/*¿Ha tenido náuseas o vómitos frecuentes?* | ☐ No/*No* | ☐ Yes/*Sí* |
| Have you ever vomited blood?/*¿Ha defecado heces negras?* | ☐ No/*No* | ☐ Yes/*Sí* |
| Have you had black bowel movements?/¿Ha defecado heces negras? | ☐ No/*No* | ☐ Yes/*Sí* |

## Review of Systems *(cont.)*/*Anamnesis sistémica (cont.)*

**Physician Comments**
*Comentarios del médico*

Do you **currently** have any of the following?/*¿Tiene actualmente alguno de los siguientes signos o síntomas?*

| | |
|---|---|
| Have you had blood in your bowel movements?/*¿Ha defecado heces con sangre?* | ☐ No/*No* ☐ Yes/*Sí* |
| Do you notice burning on urination?/*¿Siente ardor al orinar?* | ☐ No/*No* ☐ Yes/*Sí* |
| Do you get up every night to urinate?/*¿Se levanta todas las noches para orinar?* | ☐ No/*No* ☐ Yes/*Sí* |
| Have you passed blood in urine?/*¿Ha orinado sangre?* | ☐ No/*No* ☐ Yes/*Sí* |
| Have you passed a kidney stone?/*¿Ha eliminado un cálculo con la orina?* | ☐ No/*No* ☐ Yes/*Sí* |
| Have you had root beer colored urine?/*¿Ha tenido orina oscura?* | ☐ No/*No* ☐ Yes/*Sí* |
| Any change in your desire for sexual activity?/*¿Ha notado algún cambio en su deseo de actividad sexual?* | ☐ No/*No* ☐ Yes/*Sí* |
| Any change in your ability to engage in sexual activity?/*¿Ha notado algún cambio en su capacidad para mantener relaciones sexuales?* | ☐ No/*No* ☐ Yes/*Sí* |
| Do you have joint trouble?/*¿Tiene problemas en las articulaciones?* | ☐ No/*No* ☐ Yes/*Sí* |
| Do you have constant back pain?/*¿Tiene dolor constante de espalda?* | ☐ No/*No* ☐ Yes/*Sí* |
| Do you have constant bone pain?/*¿Tiene dolor constante en los huesos?* | ☐ No/*No* ☐ Yes/*Sí* |
| Do your bruise easily?/*¿Le salen hematomas con facilidad?* | ☐ No/*No* ☐ Yes/*Sí* |
| Do you bleed easily?/*¿Sangra con facilidad?* | ☐ No/*No* ☐ Yes/*Sí* |
| Do your gums bleed frequently?/*¿Le sangran las encías con frecuencia?* | ☐ No/*No* ☐ Yes/*Sí* |
| Do you have prolonged bleeding with cuts?/*¿Sangra mucho cuando se corta?* | ☐ No/*No* ☐ Yes/*Sí* |
| Do you have frequent nosebleeds?/*¿Tiene hemorragias nasales frecuentes?* | ☐ No/*No* ☐ Yes/*Sí* |
| Do you have feelings of sadness, depression or anxiety?/*¿Tiene sentimientos de tristeza, depresión o ansiedad?* | ☐ No/*No* ☐ Yes/*Sí* |

## MEN ONLY/*SOLO PARA HOMBRES*

| | |
|---|---|
| Do you have trouble urinating?/*¿Tiene problemas para orinar?* | ☐ No/*No* ☐ Yes/*Sí* |
| Have you been told you have prostate problems?/*¿Le han dicho que tiene problemas de próstata?* | ☐ No/*No* ☐ Yes/*Sí* |
| Have you been circumcised?/*¿Lo han circuncidado?* | ☐ No/*No* ☐ Yes/*Sí* |

## WOMEN ONLY Breast Health History/*Historial de salud mamaria (Solo para mujeres)*

| | |
|---|---|
| Do you conduct breast self exams?<br>*¿Se realiza autoexámenes mamarios?* | ☐ No/*No* ☐ Yes/*Sí* |
| Do you feel palpable lumps?<br>*¿Siente bultos palpables?* | ☐ No/*No* ☐ Right/*Derecha* ☐ Left/*Izquierda* ☐ Both/*Ambas* |
| Do you have nipple discharge?<br>*¿Tiene secreción de los pezones?* | ☐ No/*No* ☐ Right/*Derecha* ☐ Left/*Izquierda* ☐ Both/*Ambas* |
| Do you have nipple inversion?<br>*¿Tiene pezones invertidos?* | ☐ No/*No* ☐ Right/*Derecha* ☐ Left/*Izquierda* ☐ Both/*Ambas* |
| Has the size or shape of the nipples changed?<br>*¿Ha cambiado el tamaño o la forma de los pezones?* | ☐ No/*No* ☐ Right/*Derecha* ☐ Left/*Izquierda* ☐ Both/*Ambas* |
| Have you had any breast trauma?<br>*¿Ha sufrido algún traumatismo mamario?* | ☐ No/*No* ☐ Right/*Derecha* ☐ Left/*Izquierda* ☐ Both/*Ambas* |
| Have you had any breast cyst aspirated?<br>*¿Le han aspirado algún quiste mamario?* | ☐ No/*No* ☐ Right/*Derecha* ☐ Left/*Izquierda* ☐ Both/*Ambas* |
| Do you feel breast pain?/*¿Tiene dolor en las mamas?* | ☐ No/*No* ☐ Right/*Derecha* ☐ Left/*Izquierda* ☐ Both/*Ambas* |
| If yes, is the pain related to periods?<br>*Si la respuesta es afirmativa, ¿el dolor está relacionado con la menstruación?* | ☐ No/*No* ☐ Yes/*Sí* |

## WOMEN ONLY Breast Health History *(cont.)* *Historial de salud mamaria (Solo para mujeres)*

**Physician Comments**
*Comentarios del médico*

Have you had any prior breast surgery? ☐ No/*No* ☐ Yes/*Sí*
*¿Ha tenido alguna cirugía mamaria previa?*

Type of surgery/*Tipo de cirugía*: ☐ Biopsy/*Biopsia* ☐ Lumpectomy/*Lumpectomía* ☐ Mastectomy/*Mastectomía*

If yes, check which side and list diagnosis year and where the surgery was preformed.
*Si la respuesta es afirmativa, marque de qué lado y anote el año del diagnóstico y dónde se realizó la cirugía*:

☐ Left Diagnosis, list year/*Diagnóstico del lado izquierdo, indique el año* _____
where/*y dónde* _____

☐ Right Diagnosis, list year/*Diagnóstico del lado derecho, indique el año* _____
where/*y dónde:* _____

## WOMEN ONLY Gynecologic History/*Historial ginecológico (Solo para mujeres)*

Have you ever taken hormones?/*¿Alguna vez ha tomado hormonas?* ☐ No/*No* ☐ Yes/*Sí*
If yes, give type/*Si la respuesta es afirmativa, indique el tipo* _____
Duration/*Duración* _____ Stopped/*Finalización* _____

Have you ever taken birth control pills?/*¿Alguna vez ha tomado pastillas anticonceptivas?* ☐ No/*No* ☐ Yes/*Sí*
If yes, when were they started?/*Si la respuesta es afirmativa, ¿cuándo comenzó?* _____
When were they stopped?/*¿Cuándo finalizó?* _____

How old were you when you began menstruating?/*¿Qué edad tenía cuando comenzó a menstruar?* _____

Do you bleed between your periods?/*¿Tiene sangrado entre medio de los períodos?* ☐ No/*No* ☐ Yes/*Sí*

Do you still have periods?/*¿Aún menstrúa?*
☐ Yes, indicate date of first day of last period/*Sí, indique la fecha del primer día de la última menstruación*: _____
☐ No, check reason/*No, marque el motivo* ☐ Natural, at what age?/*Natural, ¿a qué edad?*
☐ Surgery, at what age?/*Cirugía, ¿a qué edad?* _____

Are you currently pregnant?/*¿Está embarazada actualmente?* ☐ No/*No* ☐ Yes/*Sí*

Are you interested in having more children?/*¿Le interesa tener más hijos?* ☐ No/*No* ☐ Yes/*Sí*

Age when you first became pregnant with your first full-term pregnancy?/*¿A qué edad quedó embarazada por primera vez con su primer embarazo a término?* _____

Have you had any complications of pregnancy?/*¿Ha tenido alguna complicación en el embarazo?*
☐ No/*No* ☐ Yes, describe/*Sí, describa* _____

_____

_____

Did you breast feed?/*¿Amamantó?* ☐ No/*No* ☐ Yes, for/*Sí, durante* _____ months/*meses.*

Please indicate the following/*Indique lo siguiente*

Number of pregnancies/*Cantidad de embarazos* _____
Number of cesareans/*Cantidad de cesáreas* _____
Number of abortions/*Cantidad de abortos* _____
Number of stillborn/*Cantidad de muertes fetales* _____
Number of premature births/*Cantidad de partos prematuros* _____
Number of children born alive/*Cantidad de niños nacidos vivos* _____