

Mission Hope Cancer Center
Programa de oncología quirúrgica Mission Hope

Bienvenido a Nuestra Oficina
Hemos programado una Cita para usted en:

Fecha: _____ at _____ AM/PM

POR FAVOR LLEGUE 20 MINUTOS ANTES PARA SU CITA

Esperamos que su visita con nosotros sea una grata experiencia. Si surgen problemas o preguntas durante su cita o antes, llámenos al 805-346-3456. Por favor complete la documentación adjunta y tráigala el día de su cita. También recuerde traer una identificación con foto, su tarjeta de seguro y su lista de medicamentos actual.

Esta cita es una CONSULTA SOLAMENTE, los procedimientos menores en el cargo se determinado en el momento de su visita.

Tenga en cuenta

Por respeto a todos nuestros pacientes tratamos de mantener nuestros horarios a tiempo. Por lo tanto, si llega más de 15 minutos tarde o no tiene su nuevo papeleo del paciente completado, su cita puede ser reprogramada para otro día. Gracias por su cooperación.

Datos Demográficos del/de la paciente (aIDX)

Fecha de hoy: _____

Apellido _____ Primer Nombre _____

Segundo Nombre _____ Titulo _____ Sufijo: Jr Sr II III _____

Alias _____ Fecha de nacimiento _____

Sexo: Femenina Masculino Sexo Legal: Femenina Masculino Genero No Binario

Estado Civil: Soltero/a Casado/a Separado/a Divoridao/a Compañero/a de vida
 Viudo/a

Empleador/Estudiante: Tiempo Completo Tiempo Parcial Jubilado/a Desabilitado/a
 Militar Activo/a Militar Jubilado/a Estudiante Desempleado/a

Empleador _____

Dirección del Empleador _____

Cuidad del Empleador, Estado, Codigo Postal _____

Telefono del Empleador _____

Fecha de Jubilación _____

Dirección (Envío) _____

Cuidad, Estado, Codigo Postal _____

Correo Electronico _____

Teléfono Primario _____ Celular Principal Otro Trabajo

Teléfono Secundario _____ Celular Principal Otro Trabajo

Continúa en la siguiente página

Relación del/de la paciente (Para menores de edad): Propio Niño/a Dependiente

Garante, responsabilidad del cuidado de menores: Padre/Madre Guardián

Nombre _____

Dirección _____

Ciudad, Estado, Código Postal _____

Teléfono _____

Necesidades del Paciente: Deambula con dispositivo asistido Discapacidad cognitiva
 Discapacidad auditiva Intérprete Refugiado/a Discapacidad visual Discapacidad del habla
 Necesidades de Transporte Silla de Ruedas

Etnicidad: Hispano/a, Latino/a No Hispano/a, Latino/a Me rehusó a revelar

Raza: Africanoamericano/a Indio/a Americano/a Asiático/a Caucásico/a
 Nativo/a de Hawaii o Isla del Pacífico Otro Prefiero no Contestar

Language _____

Exclusión de Comunicación:

- Llamadas sobre su facture – el teléfono celular del paciente no se mostrará en los documentos de facturación.
- Recordatorio/Llamadas de cita – el paciente no recibirá llamadas de recordatorio de citas.
- Recordatorio/Mensaje de texto de cita – el paciente no recibirá mensajes de texto de recordatorio de cita.
- Encuesta al Paciente – el paciente no recibirá la encuesta al paciente.
- Correo de Publicidad future – el paciente no recibirá correos del Departamento de Publicidad.

Proveedor de atención primaria _____

Primer Nombre

Apellido

Contacto en caso de Emergencia _____ Relación _____

Teléfono Primario _____

Teléfono Secundario _____

Contacto en caso de Emergencia _____ Relación _____

Teléfono Primario _____

Teléfono Secundario _____

Confirmación anual del/ de la paciente

Fecha de hoy _____

Nombre del/ de la paciente _____ Fecha de nacimiento _____

Información del seguro — Cobertura primaria

Nombre del seguro (o aseguranza) _____ N° de carnet del abonado _____

Nombre del/ de la abonado/a _____ Fecha de nacimiento _____ Relación con el/ la paciente _____

Información del seguro — Cobertura secundaria

Nombre del seguro (o aseguranza) _____ N° de carnet del abonado _____

Nombre del/ de la abonado/a _____ Fecha de nacimiento _____ Relación con el/ la paciente _____

Instrucciones por anticipado acerca de la atención médica

¿El/ la paciente tiene instrucciones por anticipado actuales acerca de la atención médica? Sí No

Si respondió que no, ¿se le ofreció información acerca de las instrucciones por anticipado acerca de la atención médica al/ a la paciente?

Sí No

Consentimiento o autorización

Por la presente acepto y autorizo todos los exámenes, incluyendo exámenes físicos, radiografías, y procedimientos de laboratorio y la obtención de historias clínicas de las bases de datos farmacéuticas que sean necesarios para propósitos diagnósticos según el criterio del profesional. Algunos tratamientos o servicios se pueden proveer a través de la telemedicina. Autorizo la divulgación de información médica u otra información necesaria para procesar mi reclamación del seguro.

Participación de residentes y estudiantes de cuidado de la salud

Podemos participar en programas de enseñanza para médicos residentes, estudiantes de medicina y enfermería y/o estudiantes de otras áreas del cuidado de la salud. Estas personas pueden observar la atención que recibe el paciente o participar en ella bajo la supervisión de médicos, personal de enfermería y otros profesionales.

Asignación de las prestaciones del seguro

El/ la que suscribe autoriza, sea al firmar como representante o como paciente, el pago directo a Pacific Central Coast Health Centers (PHC; Centros de Salud de la Costa Pacífica Central, en español) de cualquier prestación del seguro, pagadero al/ a la paciente o de parte de éste/a. Se dispone que el pago que le haga una compañía aseguradora a PHC, en virtud de esta autorización, eximirá a dicha compañía aseguradora de cualquier obligación bajo una póliza dentro del alcance de tal pago. El/ la que suscribe tiene entendido que él o ella tiene la responsabilidad financiera de los cargos que no se paguen en virtud de este acuerdo.

Normas financieras

- Se deben pagar en la fecha del servicio, todos los copagos, el coseguro, los deducibles y los servicios que no estén cubiertos.
- Usted tiene la responsabilidad de estar al tanto de sus prestaciones antes de la consulta. Es posible que algunos servicios y procedimientos no estén cubiertos por su seguro, incluyendo la atención preventiva. Usted es responsable de pagar toda la atención que no tenga cobertura.
- Las cantidades pagaderas en el momento del servicio son solamente aproximadas. Es posible que sus costos reales sean diferentes.
- Los requisitos y la confirmación de una prestación no constituyen una garantía de pago por parte de su compañía aseguradora.
- Como un servicio, facturaremos por usted a todas las compañías aseguradoras contratadas; sin embargo, usted es responsable de obtener los reembolsos de los planes de reembolso patrocinados por el empleador.
- Aunque puede ser que usted esté cubierto/a por un seguro médico, usted es responsable del cargo. La mayoría de las compañías aseguradoras pagan solamente una porción de los costos.
- Para aquellos/as pacientes que cancelen una cita con menos de 24 horas de anticipación o cuando a un(a) paciente se le pase una cita, puede que se le haga un cargo de \$25.00 al/ a la paciente. El/ la paciente es responsable de pagar este cargo, ya que no lo pagan las compañías de seguros.
- Autorizo a PHC, sus cesionarios y agentes de cobranza que sean terceras partes, para utilizar toda la información de contacto que he proporcionado para comunicarse conmigo. Esto incluye, entre otros, el teléfono de mi domicilio, mi teléfono celular, el teléfono de mi empleo y las comunicaciones por correo electrónico y texto. Por la presente le otorgo mi permiso y consentimiento a PHC, sus cesionarios y agentes de cobranza que sean terceras partes, para hacer llamadas al teléfono de mi casa, a mi teléfono celular y al teléfono de mi empleo; para dejar mensajes (ya sea de voz o texto); y en relación con lo mismo, para utilizar mensajes grabados de antemano y con voz artificial y/o dispositivos de marcación automática.

Al firmar a continuación, indico que he leído, entiendo y acepto *las Instrucciones por anticipado acerca de la atención médica*, el *Consentimiento o autorización*, la *Asignación de las prestaciones del seguro*, y las *Normas financieras*.

Nombre del/ de la paciente (en letras de molde o imprenta)
imprenta)

Nombre del padre/ de la madre o tutor(a) (en letras de molde o

Firma del/ de la paciente

Fecha

Firma del padre/ de la madre o tutor(a)

Fecha



**Aviso conjunto de prácticas de privacidad
de la información médica (NPP, por sus siglas en inglés)
Formulario de acuse de recibo**

La ley exige que este establecimiento médico proporcione al paciente una copia de su aviso de prácticas de privacidad de la información médica. Este aviso describe cómo puede ser divulgada su información médica y cómo usted puede obtener acceso a esta información. Le daremos una copia en el momento del primer tratamiento y, si cambiamos nuestro aviso, cuando realice su siguiente visita médica. Al firmar a continuación, usted reconoce haber recibido el presente documento, ya sea como paciente, como representante personal del paciente, como agente autorizado por el paciente, o como una persona que participa en la atención médica del paciente.

Nombre del paciente: _____ N.º de registro
médico: _____

Firma de
acuse de recibo: _____ Fecha: _____

Si firma en nombre del paciente, indique su grado de parentesco:

Nombre en letra de imprenta: _____ Parentesco: _____

FOR OFFICIAL USE:

I provided a copy of the NPP to the patient/patients representative but was unable to obtain his/her written acknowledgement of receipt of such for the following reasons:

I have attempted to provide to the patient/patients representative a copy of the NPP, but was unable to do so for the following reasons:

Signature of
Hospital Representative: _____ Date: _____

Print Name: _____ Department: _____



Joint Notice of Privacy Practices for Health Information
(NPP) Acknowledgement Form

Bienvenido al Centro de mama Dignity Health Mission Hope.

Tómese unos minutos para completar esta información, de modo que su visita sea más ágil.

Nombre: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____

Motivo de la visita de hoy en sus propias palabras: _____

Médico de atención primaria e información de contacto: _____

Historia médica pasada:

Marque cualquier historial personal o familiar de los siguientes problemas médicos:

	Paciente	Familia	
Alta presión sanguínea	_____	_____	Problemas médicos de la madre:
Derame Cereloral	_____	_____	
Infarto Cardíaco	_____	_____	
Hepatitis	_____	_____	
Problemas de las válvulas cardíacas	_____	_____	
Diabetes (tipo 1 o tipo 2)	_____	_____	Problemas médicos del padre:
Problemas de sangrado	_____	_____	
Problemas de coagulación	_____	_____	
Cardiopatía	_____	_____	
Tuberculosis	_____	_____	
Enfisema / EPOC	_____	_____	Problemas médicos de los hermanos:
Cáncer de mama	_____	_____	
Cáncer de ovarios	_____	_____	
Problemas de rinon	_____	_____	
Úlcera péptica	_____	_____	
Neumonía	_____	_____	Problemas médicos de los abuelos:
Problemas con la anestesia	_____	_____	
Otros cánceres	_____	_____	
Otros problemas médicos importantes	_____	_____	
Herencia judía Ashkenazi	_____	_____	

¿Cualquier cirugía o biopsia de mama previa? _____

Otros comentarios sobre el historial médico: _____

Estado civil: _____ Soltera _____ Casada _____ Viuda _____ Divorciada _____
¿Con quien vives? _____

Historial de tabaquismo: _____ paquetes por día _____ años
Historial de alcohol: _____ bebidas por día / semana / mes / año

Edad del primer período: _____ Edad de la menopausia: _____
Número de embarazos: _____ Numero de niños: _____
Edad al primer nacimiento: _____ ¿Amamantaste? _____
Uso de píldoras anticonceptivas: _____ años Terapia de reemplazamiento de hormonas: _____

Alergias: _____

Historial quirúrgico pasado:

Anumere todas las operaciones anteriores y el año o la edad aproximada en que se realizaron.

Revisión de los síntomas: marque todos los que correspondan.*General:*

Cambio de peso inesperado _____
 Dolores de cabeza _____
 Problemas de Sinusitis _____
 Hemorragias nasales _____

Ojos:

Gafas / lentes de contacto _____
 Dolor de ojo _____
 Cambios visuales _____

Boca:

Dentadura postiza _____
 Úlceras de boca _____
 Sangrado de las encías _____
 Otro _____

Cuello:

Hinchazón _____
 Bultos _____
 Otro _____

Gastrointestinal:

Cambio de apetito _____
 Dificultad para tragar _____
 Náusea _____
 Acidez _____
 Diarrea _____
 Estreñimiento _____

Neurológico:

Convulsiones _____
 Temblores _____
 Neuropatía _____

Psiquiátrico:

Depresión _____
 Ansiedad _____
 Otro _____

Pulmonar:

Sibilancias en el pecho _____
 Dificultad para respirar _____
 Tos _____
 Otro _____

Cardiovascular:

Dolor en el pecho _____
 Palpitaciones _____
 Hinchazón de las piernas _____

Seno:

Dolor _____
 Fluido del Pezón _____
 Bulto nuevo / cambiado _____
 Cambio de piel _____

Urinario:

Ardor / dolor _____
 Urgencia _____
 Frecuencia _____
 Incontinencia _____

Musculoesquelético:

Artritis _____
 Debilidad _____
 Dolor de espalda _____
 Dolor de cuello _____
 Limitación de movimiento _____
 Otro _____

Piel:

Comezón _____
 Picazón _____
 Infección _____

Hematológico:

Sangrado _____
 Coagulación _____
 Medicamentos anticoagulantes _____

¿Hay algo más que le gustaría que supiéramos hoy? _____

Firma del paciente: _____

Fecha: _____

Revisado por: _____

Fecha: _____