



1325 E. Church Street, Ste. 202
Santa Maria, California 93454
805.346.3456 Phone
805.346.3454 Fax
missionhopecancercenter.com

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.

OUR MISSION YOUR CENTER TOGETHER FOR HOPE

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

Lenguaje _____

Exclusión de Comunicación:

- Llamadas sobre su factura – 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)

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

HISTORIAL MÉDICO- Dr. Jonathan Tammela

1325 East Church Street, Suite 202, Santa Maria, CA 93454

PH (805) 346-3456

FECHA: _____

Fax (805) 346-3454

NOMBRE: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____

Razón médica de la visita: _____

Historial médico (Por favor, complete la burbuja junto a SÍ para todas las enfermedades médicas que haya tenido)

- | | | | | | |
|--------------------------------|-----------------------|----|----------------------------------|-----------------------|----|
| abuso de alcohol | <input type="radio"/> | SI | cardiopatía | <input type="radio"/> | SI |
| alergias | <input type="radio"/> | SI | insuficiencia cardiaca | <input type="radio"/> | SI |
| anemia | <input type="radio"/> | SI | hemorroides | <input type="radio"/> | SI |
| anorexia | <input type="radio"/> | SI | hepatitis A | <input type="radio"/> | SI |
| ansiedad | <input type="radio"/> | SI | hepatitis B | <input type="radio"/> | SI |
| desorden autoinmune | <input type="radio"/> | SI | hepatitis C | <input type="radio"/> | SI |
| bipolar | <input type="radio"/> | SI | hernia | <input type="radio"/> | SI |
| infección de la vejiga crónica | <input type="radio"/> | SI | hipertensión | <input type="radio"/> | SI |
| desorden sangrante | <input type="radio"/> | SI | colesterol alto | <input type="radio"/> | SI |
| bronquitis | <input type="radio"/> | SI | tiroides alta | <input type="radio"/> | SI |
| bulemia | <input type="radio"/> | SI | incontinencia | <input type="radio"/> | SI |
| cáncer de mama | <input type="radio"/> | SI | esterilidad | <input type="radio"/> | SI |
| cáncer, cervical | <input type="radio"/> | SI | síndrome del intestino irritable | <input type="radio"/> | SI |
| cáncer, colon | <input type="radio"/> | SI | nefropatía | <input type="radio"/> | SI |
| cáncer, ovario | <input type="radio"/> | SI | infección renal | <input type="radio"/> | SI |
| cáncer, útero | <input type="radio"/> | SI | tiroides baja | <input type="radio"/> | SI |
| cirrosis | <input type="radio"/> | SI | degeneración macular | <input type="radio"/> | SI |
| trombosis venosa profunda | <input type="radio"/> | SI | retraso mental | <input type="radio"/> | SI |
| demencia | <input type="radio"/> | SI | migraña | <input type="radio"/> | SI |
| depresión | <input type="radio"/> | SI | obesidad | <input type="radio"/> | SI |
| diabetes | <input type="radio"/> | SI | osteoartritis | <input type="radio"/> | SI |
| diverticulitis | <input type="radio"/> | SI | osteopenia | <input type="radio"/> | SI |
| diverticulosis | <input type="radio"/> | SI | osteoporosis | <input type="radio"/> | SI |
| abuso de drogas | <input type="radio"/> | SI | pancreatitis | <input type="radio"/> | SI |
| enfisema | <input type="radio"/> | SI | embolia pulmonar | <input type="radio"/> | SI |
| fatiga, crónica | <input type="radio"/> | SI | enfermedad de reflujo | <input type="radio"/> | SI |
| fibromialgia | <input type="radio"/> | SI | esquizofrenia | <input type="radio"/> | SI |
| cálculos biliares | <input type="radio"/> | SI | convulsiones | <input type="radio"/> | SI |
| gastritis | <input type="radio"/> | SI | enfermedad de transmisión sexual | <input type="radio"/> | SI |
| glaucoma | <input type="radio"/> | SI | carrera | <input type="radio"/> | SI |
| dolor de cabeza | <input type="radio"/> | SI | tuberculosis | <input type="radio"/> | SI |
| infarto de miocardio | <input type="radio"/> | SI | úlceras | <input type="radio"/> | SI |

Exámenes pasados (Indique los exámenes que ha tenido y el período de tiempo aproximado)

- ¿Alguna vez ha tenido una prueba de Papanicolaou anormal? Sí No
- En caso afirmativo, ¿cuándo tuvo una prueba de Papanicolaou anormal? <Hace 5 años Hace 5-10 años >Hace 10 años
- baja alta normal
- Indique su nivel de colesterol si lo conoce:
- Si le hicieron una colonoscopia, ¿cuánto tiempo hace? <Hace 5 años Hace 5-10 años >Hace 10 años
- Si ha tenido densidad ósea, ¿hace cuánto tiempo? <Hace 1 año Hace 1-2 años >Hace 2 años
- Indique los resultados de la densidad ósea si se conocen: normal baja masa ósea osteopenia osteoporosis

Social History **Historia social**

(Complete la burbuja junto a la respuesta correspondiente)

Eres tú:

- ¿Qué métodos anticonceptivos son? píldora parche disparo IUD
estás usando ahora? condón esterilización femenina
 esterilización masculina
 Sí No
- ¿Fuma ahora o lo ha hecho en el pasado? <1 paquete / día 1-2 paquetes / día > 2 paquetes / día
si es así, cuántos paquetes por día dejar de fumar <hace 1 año dejar de fumar hace 1-2 años
 dejar de fumar > hace 2 años
- Si dejó de fumar, ¿cuándo lo dejó?
¿Cuántos años tuviste?
- ¿Bebe alcohol ahora o lo ha hecho en el pasado? Sí No
- En caso afirmativo, ¿cuántas bebidas alcohólicas tiene? 1-2 bebidas / día > 2 bebidas / día 1-2 bebidas / semana
 > 1-2 bebidas / semana
- ¿Crees que tienes un problema con el alcohol? Sí No
- ¿Usa alguna droga callejera ahora o lo ha hecho? Sí No
¿en el pasado?

Historia social Parte 2

(Complete la burbuja junto a la respuesta correspondiente)

-
- ¿Qué durgs de la calle has usado? marihuana cocaína metanfetaminas
- heroína LSD crack éxtasis
- Si dejó de consumir drogas, ¿cuándo dejó? dejar de fumar <hace 1 año dejar de fumar hace 1-2 años
 dejar de fumar> hace 2 años
- ¿Cree que tiene un problema con las drogas? Si No
- ¿Aceptaría una transfusión de sangre si fuera médicamente necesario? Aceptaría No aceptaría
- ¿Tiene un testamento vital, una directiva anticipada o un poder de abogado para el cuidado de la salud? Si No

(Complete las burbujas para cada miembro de la familia que haya tenido una enfermedad mencionada)

Historia familiar

	Madre	Padre	Abuela		Abuelo		Hermanos	Hijos
			Materna	Paterna	Materna	Paterna		
abuso de alcohol	<input type="radio"/>							
anorexia	<input type="radio"/>							
ansiedad	<input type="radio"/>							
desorden autoinmune	<input type="radio"/>							
bipolar	<input type="radio"/>							
desorden sangrante	<input type="radio"/>							
bulemia	<input type="radio"/>							
cáncer de mama	<input type="radio"/>							
cáncer, cervical	<input type="radio"/>							
cáncer, colon	<input type="radio"/>							
cáncer, ovario	<input type="radio"/>							
cáncer, útero	<input type="radio"/>							
trombosis venosa profunda	<input type="radio"/>							
demencia	<input type="radio"/>							
depresión	<input type="radio"/>							
diabetes	<input type="radio"/>							
abuso de drogas	<input type="radio"/>							
infarto de miocardio	<input type="radio"/>							
cardiopatía	<input type="radio"/>							
insuficiencia cardiaca	<input type="radio"/>							
hipertensión	<input type="radio"/>							
colesterol alto	<input type="radio"/>							
tiroides alta	<input type="radio"/>							
nefropatía	<input type="radio"/>							
tiroides baja	<input type="radio"/>							
retraso mental	<input type="radio"/>							
obesidad	<input type="radio"/>							
osteoartritis	<input type="radio"/>							
osteopenia	<input type="radio"/>							
osteoporosis	<input type="radio"/>							
embolia pulmonar	<input type="radio"/>							
esquizofrenia	<input type="radio"/>							
convulsiones	<input type="radio"/>							
carrera	<input type="radio"/>							

(Complete la burbuja Sí o No para TODOS los problemas que está experimentando ACTUALMENTE)

Revisión de sistemas

ansiedad	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	blood in urine	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
depresión	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	burning w/urination	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
fatiga	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	frequent urination	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
dolor de cabeza	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	incontinence	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
			night time urination	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
fiebre	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	breast lump	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
sudores nocturnos	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	breast pain	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
aumento de peso	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	genital sores	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
pérdida de peso	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	painful intercourse	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
			pelvic pain	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
erupción	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	vaginal discharge	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
tos crónica	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	abdominal pain	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
			black stool	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
dificultad para respirar	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	blood in stool	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
dolor en el pecho	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	constipation	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
palpitaciones	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	heartburn	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
			nausea	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
			vomiting	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No

(Complete lo más completo posible. Incluya recetas, píldoras anticonceptivas, analgésicos de venta libre, vitaminas y hierbas)

Medicamentos

Medicamento	Dosis	Frecuencia	Razón
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

**Alergias o reacciones
adversas**

(Complete lo más completo posible. Incluya recetas, píldoras anticonceptivas, analgésicos de venta libre, vitaminas y hierbas)

Medicamento

Reacción

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Historia GYN

¿Qué edad tenía cuando comenzó su período? _____	¿Con qué frecuencia tienen sus períodos? _____
¿Cuánto duran sus períodos? _____	¿Cuál fue el primer día de su último período? _____
¿Tiene sangrado o manchado entre períodos? _____	¿Tiene sangrado o manchado después del coito? _____
¿Tiene problemas con sus períodos? _____	¿Tiene algún dolor significativo con los períodos? _____
¿Utiliza algún medicamento para aliviar el dolor? _____	¿Tiene otro dolor abdominal o pelviano en otras ocasiones? _____
Si ha pasado por la menopausia, ¿qué edad tenía? _____	

Historia obstétrica (¿Cuántos hijos ha dado a luz? _____ Por favor enumere a continuación)

Año	Semanas Gestación	Sexo	Nacimiento Peso	Tipo de Entrega	Tiempo en Labor	Complicaciones

¿Tiene hijos adoptivos, adoptivos o adoptivos?

¿Algún aborto espontáneo, aborto o embarazo tubárico?

(Marque con un círculo e indique el número de cada uno)

Cirugías y hospitalizaciones (No incluya el parto)

Año	Operación	Hospital	Cirujana

¿Algún historial familiar que no se haya incluido anteriormente?

(Por favor liste)

¿Algún otro problema o inquietud?

(Por favor liste)

Firma del paciente: _____

Fecha: _____