

UBICACIONES DE SAN DIEGO:

4S RANCH

16918 Dove Canyon Rd
Suite 103
San Diego, CA 92127
Tf: 858.649.5100
Fax: 858.649.5099

ENCINITAS

326 Santa Fe Drive
Suite 105
Encinitas, CA 92024
Tf: 760.452.3340
Fax: 760.452.3344

LA JOLLA

9850 Genesee Ave
Suite 560
La Jolla, CA 92037
Cancer Center
Tf: 858.552.1410
Fax: 858.552.0929
Neurosurgery
Tf: 858.909.9033
Fax: 858.429.4009

MURRIETA

25405 Hancock Ave
Suite 206
Murrieta, CA 92562
Tf: 760.733.9191
Fax: 760.733.9192

SAN MARCOS

838 Nordahl Road
Suite 300
San Marcos, CA 92069
Pf: 760.747.8935
Fax: 760.747.7951

UBICACIONES DE FRESNO:

FRESNO

7130 N. Millbrook Ave
Fresno, CA 93720
Tf: 559.326.1222
Fax: 559.447.4925

California Cancer Associates for Research and Excellence (cCARE) es la práctica mas grande de servicio completo, privada en oncología y hematología en California.

Con oficinas en San Diego y Fresno, cCARE ofrece servicios extensivos y cuidado de clase mundial para cada paso de su tratamiento incluye: oncología, quimioterapia, radiación oncología, hematología, infusión y imágenes.

En cCARE creemos que el tratamiento es mas que medicina. Es sobre compasión, prevención, investigación y bienestar. Sabemos que el tratamiento de cáncer requiere intervención médica, pero también es nuestra creencia que una fuerte voluntad y un grupo de apoyo solido son importantes en el proceso de curación. Es por eso por lo que nuestro equipo experto certificados por la junta de oncólogos, hematólogos, enfermeras y otros profesionales altamente calificados de cuidado de cáncer todos trabajan juntos con nuestros pacientes y sus seres queridos a lo largo del curso de su recuperación. Es nuestro enfoque compasivo, combinado con nuestra instalación de lo último en tecnología, ambiente cómodo y compromiso para utilizar las técnicas de tratamiento mas avanzado disponible que ayudan hacer cCARE el centro primario de oncología en California

Para su primera visita, complete y firme todos los formularios de este paquete antes de su cita. Tendrá que presentarlos en la recepción cuando llegue a su primera visita.

Si tiene que cambiar o cancelar su cita de consulta, llame al Departamento de nuevos pacientes por lo menos 24 horas antes de su visita. Teléfono: 858.753.6446

SU PRIMERA VISITA

Para evaluar su salud, es extremadamente importante que recibamos su historial médico antes de la fecha de su visita programada. Asegúrese de solicitar a su médico que envíe a nuestra oficina su historial medico antes de su cita inicial. Para proporcionararle la atención de la más alta calidad, su médico tendrá que revisar cualquier patología, informes quirúrgicos, radiografías, resultados de laboratorio, notas médicas y registros de hospital que estén disponibles.

Aceptamos la mayoría de aseguranzas y nuestro personal trabajará con usted antes de su cita para asegurarse de que tenga la cobertura que necesitará. Si tiene un plan de salud que requiere una autorizacion de su médico principal, asegúrese de haber obtenido dicha autorizacion, ya que es responsabilidad del paciente. Las autorizaciones a veces tienen límites en cuanto al número de visitas que se permiten o fecha de caducidad. Por favor tome en cuenta esta información y obtenga autorizaciones actualizadas según sea necesario. **Los copagos, deducibles y los servicios médicos no cubiertos por su compañía(s) de seguro deben pagarse en el momento del servicio.**

SIEMPRE PEDIMOS QUE LOS PACIENTES:

- Traigan las tarjetas del seguro a cada visita. **Si tiene un plan de seguro secundario, un plan suplementario de Medicare o un plan de medicamentos, asegúrese de que tengamos toda la información. Asegúrese de traer todas sus tarjetas de seguro.**
- Mantenganos informados de cualquier cambio como su dirección, su número de teléfono, su situación laboral, su estado civil o su seguro.
- Proporcione una lista actualizada de sus medicamentos en cada visita; es necesario que revisemos todos los medicamentos con y sin receta médica que se toman actualmente. Traiga su tarjeta de medicamentos. Algunos pacientes les resulta más práctico llevar los frascos de sus medicamentos a la cita. Tenga en cuenta que los medicamentos sin receta incluyen vitaminas, hierbas, aspirinas, Tylenol, etc.
- Permiten 48 horas para que le surten su receta. Tómese en cuenta que algunas recetas de medicamentos para el dolor no permiten rellenarse, por lo cual pedimos a los pacientes que se pongan en contacto con nosotros antes de que se les acabe cualquier medicamento.
- **Tomé en cuenta que hay otros pacientes con el sistema inmunológico debilitado y abstenganse a traer niños a las citas.**
- Anoten cualquier pregunta o inquietud que surja para consultarla con el médico.

Una vez que un paciente ha solicitado una cita, todas las facetas de nuestros servicios, desde los últimos descubrimientos hasta la tecnología más avanzada, serán utilizados para proporcionar el más alto nivel y calidad de atención médica. Rellene el formulario de registro de paciente y el cuestionario de historia **ANTES** de su primera cita.

Una vez más, le damos la bienvenida y le agradecemos que haya elegido nuestro consultorio. Para más información, visite nuestra página web en cCARE.com y si necesita más ayuda, llame a:

- San Diego - Departamento de Nuevos Pacientes: 858.753.6446
- Fresno - Departamento de Nuevos Pacientes: 559.326.1905

ESCRIBA CLARAMENTE

Fecha de hoy: _____

Today's Date:

Nombre del paciente: _____

Patient Name:

 Fecha de nacimiento: ___/___/___ Edad: ___ Sexo: Hombre Mujer Transgénero: H a M M a H
DOB: Age: Gender: Male Female Transgender: M to F F to M

 NSS: _____ Celular: (_____) _____ Teléfono: (_____) _____
SSN: Cell Phone: Phone:

 Dirección: _____
Address:

 Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
City: State: Zip Code:

 Dirección Secundaria: _____
Secondary Address:

 Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
City: State: Zip Code:

 ¿Podemos dejar un mensaje en su contestador/correo de voz? Sí No
May we leave a message on your answering machine/voicemail? Yes No

 ¿Podemos enviarle un recordatorio de su cita por texto? Sí No Celular: _____
May we send appointment reminder via text? Yes No Cell Phone: Si aún no lo ha proporcionado

 Dirección de correo electrónico: _____ ¿Le podemos enviar correos electrónicos? Sí No
Email Address: May we email you? Yes No

 Idioma de preferencia: _____
Preferred Language:

 Etnicidad/raza: Blanco Hispano/Latino Negro/Afroamericano Nativo Americano
Ethnicity/Race: White Hispanic/Latino Black/African American Native American
 Asiático/Isleño del Pacífico Otra
Asian/Pacific Islander Other

 Oficio: _____
Occupation:
 Empleado/trabajador autónomo Desempleado Jubilado Discapacitado
Employed/Self Employed Unemployed Retired Disabled

 Nombre de Empleador: _____ Teléfono del trabajo: (_____) _____
Name of Employer: Work Phone:

 Estado civil: Casado Soltero Viudo Divorciado Otro
Relationship Status: Married Single Widowed Divorced Other

 Situación Vital: Vive solo Vive con familia Vive en un asilo
Living situation: Lives Alone Lives with Family Lives in Nursing Home
 Residente de invierno Residente todo el año
Winter Resident Year Round Resident

 Hijos: Sí No Si es sí, ¿cuántos? _____
Children: Yes No If yes, how many?

 Médico principal: _____ N° de tel: _____
Primary Care Physician: Phone#:

 Médico referente (si es diferente): _____ N° de tel: _____
Referring Physician (if different): Phone#:

Indique cualquier médico adicional que visite: (incluya el n° de tel):

Please list any additional physicians you see: (Include Phone#):

 _____ N° de tel: _____
Phone#:

 _____ N° de tel: _____
Phone#:

 _____ N° de tel: _____
Phone#:

 _____ N° de tel: _____
Phone#:
Iniciales del paciente _____
Patient Initials

ESCRIBA CLARAMENTE

 Nombre del paciente: _____
Patient Name:

 Contacto para emergencias: _____
Emergency Contact Name:

 Parentesco: _____ N° de teléfono: (____) _____
Relationship: Phone#:

 Poder juridico para atencion medica: Sí No _____
Durable Power of Attorney for Healthcare: Yes No

 Parentesco con usted: _____
Relation to you:

 Testamento vital para atencion medica Sí* No * Proporcioné una copia para nuestros archivos
Living Will for Healthcare: Yes* No
Principal Compañía de seguro: _____
Primary Insurance Carrier:

 Nombre del asegurado principal de la póliza: _____
Name of primary policyholder:

 Fecha de nacimiento del asegurado de la póliza: _____ Número de seguro social del asegurado de la póliza: _____
Policyholder's Date of Birth: Policyholder's SSN:

 Empleador del asegurado de la poliza: _____
Policyholder's employer:

 Numero de la poliza: _____ N° de grupo: _____
Insurance ID#: Group#:

 ¿El plan tiene cobertura de medicamentos? Sí No Si su respuesta es sí, proporcione la información a continuación)
Does plan have prescription coverage? Yes No

 Informacion de cobertura de medicamentos: _____
Prescription Coverage:
Secundaria Compañía de seguro: _____
Secondary Insurance Carrier:

 Nombre del asegurado principal de la póliza: _____
Name of primary policyholder:

 Fecha de nacimiento del asegurado de la póliza: _____ Número de seguro social del asegurado de la póliza: _____
Policyholder's Date of Birth: Policyholder's SSN:

 Empleador del asegurado de la poliza: _____
Policyholder's employer:

 Numero de la poliza: _____ N° de grupo: _____
Insurance ID#: Group#:

 ¿El plan tiene cobertura de medicamentos? Sí No Si su respuesta es sí, proporcione la información a continuación)
Does plan have prescription coverage? Yes No

 Informacion de cobertura de medicamentos: _____
Prescription Coverage:

Certifico que la información que he dado es actual y lo más completa y precisa posible. Notificaré al doctor/personal de cualquier cambio en visitas posteriores.

 Firma: _____ Fecha: _____
Signature: Date:

 Iniciales del paciente _____
Patient Initials

ESCRIBA CLARAMENTE

Nombre del paciente: _____
 Patient Name: _____

Motivo de la visita: _____
 Reason For This Visit: _____

HISTORIAL MÉDICO: (Marque las condiciones que se aplican a usted, actualmente o en el pasado)

	Fecha del diagnóstico	Date of Diagnosis		Fecha del diagnóstico	Date of Diagnosis
<input type="checkbox"/> Anemia	Anemia	_____	<input type="checkbox"/> GERD/Acidez Estomacal	GERD/Heartburn	_____
<input type="checkbox"/> Trastorno de Sanguiñeo	Bleeding Disorder	_____	<input type="checkbox"/> Hernia Hiatal	Hiatal Hernia	_____
<input type="checkbox"/> Coágulos de Sangre	Blood Clots	_____	<input type="checkbox"/> Cálculos Biliares	Gallstones	_____
<input type="checkbox"/> Trastorno Hemorrágico	Blood Disorder	_____	<input type="checkbox"/> Cirrosis del Hígado	Cirrhosis of Liver	_____
<input type="checkbox"/> Infecciones Frecuentes	Frequent Infections	_____	<input type="checkbox"/> Hepatitis A/B/C	Hepatitis A/B/C	_____
<input type="checkbox"/> VIH/SIDA	HIV/AIDS	_____	<input type="checkbox"/> Pancreatitis	Pancreatitis	_____
<input type="checkbox"/> Diabetes: Tipo I, Tipo II	Diabetes -Type I, Type II	_____	<input type="checkbox"/> Piedras en el Riñón	Kidney Stones	_____
<input type="checkbox"/> Enfermedad de la Tiroides	Thyroid Disease	_____	<input type="checkbox"/> Infección Urinaria Frecuente	Frequent UTI	_____
<input type="checkbox"/> Presión Arterial Alta	High Blood Pressure	_____	<input type="checkbox"/> Próstata Agrandada	Enlarged Prostate	_____
<input type="checkbox"/> Colesterol Alto	High Cholesterol	_____	<input type="checkbox"/> Lupus-Autoinmune	Lupus-Autoimmune	_____
<input type="checkbox"/> Fibrilación Arterial	Atrial Fibrillation	_____	<input type="checkbox"/> Síndrome de Reynaud	Reynaud's Syndrome	_____
<input type="checkbox"/> Insuficiencia Cardíaca Congestiva	Congestive Heart Failure	_____	<input type="checkbox"/> Enfermedad/Fallo Renal	Kidney Disease/Failure	_____
<input type="checkbox"/> Ataque Cardíaco (Agudo MI)	Heart Attack - MI	_____	<input type="checkbox"/> Artritis Reumatoide	Rheumatoid Arthritis	_____
<input type="checkbox"/> Enfermedad Cardíaca	Heart Disease	_____	<input type="checkbox"/> Osteoporosis	Osteoporosis	_____
<input type="checkbox"/> Fiebre Reumática	Rheumatic Fever	_____	<input type="checkbox"/> Fractura	Fracture	_____
<input type="checkbox"/> Acidez Estomacal/Reflujo	Heartburn/Reflux	_____	<input type="checkbox"/> Embolia	Stroke	_____
<input type="checkbox"/> Soplo del Corazón	Heart Murmur	_____	<input type="checkbox"/> Neuropatía	Neuropathy	_____
<input type="checkbox"/> Enfermedad Vasculiar Periférica	Peripheral Vascular Disease	_____	<input type="checkbox"/> Enfermedad de Parkinson	Parkinson's disease	_____
<input type="checkbox"/> Asma	Asthma	_____	<input type="checkbox"/> Parálisis	Paralysis	_____
<input type="checkbox"/> Pulmón Obstructivo Crónico (COPD)	Chronic Lung (COPD)	_____	<input type="checkbox"/> Convulsiones	Seizures	_____
<input type="checkbox"/> Neumonía/Bronquitis	Pneumonia/Bronchitis	_____	<input type="checkbox"/> Migrañas	Migraines	_____
<input type="checkbox"/> TB (Tuberculosis)	TB (Tuberculosis)	_____	<input type="checkbox"/> Herpes	Shingles	_____
<input type="checkbox"/> Apnea del Sueño	Sleep Apnea	_____	<input type="checkbox"/> Glaucoma/Cataratas	Glaucoma/Cataracts	_____
<input type="checkbox"/> Pólipos del Colon	Colon Polyps	_____	<input type="checkbox"/> Pérdida Auditiva	Hearing Loss	_____
<input type="checkbox"/> Enfermedad de Crohn	Crohn's Disease	_____	<input type="checkbox"/> Cáncer	Cancer	_____
<input type="checkbox"/> Diverticulitis	Diverticulitis	_____	<input type="checkbox"/> Ansiedad	Anxiety	_____
<input type="checkbox"/> Síndrome del Intestino Irritable	Irritable Bowel Syndrome	_____	<input type="checkbox"/> Depresión	Depression	_____
<input type="checkbox"/> Colitis Ulcerosa	Ulcerative Colitis	_____	<input type="checkbox"/> Otras Condiciones Psiquiátricas	Other Psychiatric conditions	_____
<input type="checkbox"/> Úlceras en el Estómago	Stomach Ulcers	_____			

Otros Antecedentes Médicos: Other Medical History: _____

HISTORIAL DE CÁNCER O HEMATOLOGÍA:

Tipo de Cáncer _____ Fecha de Diagnóstico _____ Médico Tratante _____
 Type Date Diagnosed Treating Physician

Tipo de tratamiento (fecha y lugar) Treatment (Type, Date, and Location of treatment) _____

Iniciales del paciente _____
 Patient Initials

ESCRIBA CLARAMENTE

Nombre del paciente: _____
 Patient Name: _____

REVISIÓN DE SISTEMAS: (Marque cualquier síntoma que tenga EN ESTE MOMENTO.)

General:

- Pérdida de peso Weight loss
- Aumento de peso Weight gain
- Poco apetito Poor appetite
- Fiebres Fevers
- Escalofríos Chills
- Sudores nocturnos Night sweats
- Fatiga Fatigue

Ojos:

- Usa lentes/lentes de contacto
Wear Glasses/Contact Lenses
- Vista borrosa Blurred vision
- Vista doble Double vision
- Cambios en la vista Changes in vision

Oídos, nariz, garganta:

- Dificultades para oír o sordera
Hard of hearing or deaf
- Zumbido en los oídos ringing in ears
- Ganglios linfáticos inflamados
Enlarged lymph nodes
- Problemas crónicos de sinusitis
Chronic sinus problems
- Dolor de garganta Sore throat
- Dolor llagas en la boca
Mouth pain/sores

Cambios/dificultad para:

- Saborear Taste
- Oler Smell
- Hablar Voice

Cardiovascular:

- Dolor/presión en el pecho
Chest pain/pressure
- Palpitaciones Palpitations
- Latido irregular Irregular heart beat

Respiratorio:

- Tos crónica o frecuente
Chronic or frequent cough
- Espujo sangriento Bloody sputum
- Falta de Aire Shortness of breath
- Silbidos Wheezing

Gastrointestinal:

- Dificultad o dolor al tragar
Difficulty or painful swallowing
- Dolor abdominal Abdominal pain
- Náuseas Nausea
- Vómitos Vomiting
- Acidez estomacal Heartburn
- Indigestión Indigestion
- Un Bulto o sensación en la garganta
Lump or sensation in throat

- La comida se atorra/pega
Food sticking
- Estomacal Bloating
- Eructos Belching
- Diarrea Diarrhea
- Estreñimiento Constipation
- Hemorragia rectal Rectal bleeding
- Excremento negro
Black or tarry stools
- Pérdida de excremento/accidente fecal
Loss of stool/fecal accident
- Falta de apetito Poor appetite

Genitourinario:

- Dolor pélvico Pelvic pain
- Incontinencia Incontinence
- Ardor o dolor al orinar
Burning or pain on urination
- Sangre en la orina Blood in Urine
- Dificultad para orinar Difficult urination
- Hombres: problemas de próstata
Men: prostate problems

Musculoesquelético:

- Dolor articular Joint pain
- Debilidad muscular o articular
Muscle or joint weakness
- Dolor de espalda Back pain
- Dolor de huesos Bone pain
- Dolor muscular Muscle pain

Neurológico:

- Entumecimiento, hormigueo
Numbness, tingling
- Debilidad en los brazos o las piernas
Arm or leg weakness
- Mareo Light-headed, dizzy
- Desmayos Fainting spells
- Frecuentes dolores de cabeza
Frequent headaches
- Temblores en el cuerpo Tremors
- Caídas Falls

Piel:

- Erupciones o picazón Rashes or itching
- Cambio en el color de la piel o lunares
Change in skin color or moles
- Varices Varicose veins

Psiquiátrico:

- Ansiedad/agitación Anxiety/agitation
- Depresión Depression
- Llorar sin razón
Crying for no reason
- Dificultad para dormir
Difficulty sleeping

- Alcoholismo Alcoholism
- Problema de drogas (ahora/antes)
Drug problem (now/past)

Hematológico:

- Moretea fácilmente Easy bruising
- Sangrado de las encías o de la nariz
Gum or nose bleeding
- Transfusión de sangre en el pasado
Blood transfusion in past
- ¿Cuándo? When? _____

Alergias/Inmunología:

- Antecedentes de infecciones crónicas
History of chronic infections
- Antecedentes de alergias
History of allergies

Endocrino:

- Intolerancia al calor o al frío
Heat or cold intolerance
- Excesiva resequedad de la piel
Excessive skin dryness
- Sed o orina excesiva
Excessive thirst or urination
- Problema con su peso Weight problem
- Oleadas de calor Hot flashes

Pecho:

- Dolor/bultos Pain/lump
- Flujo Discharge
- Sarpullido Rash

Ginecología (Para mujeres):

- Edad que comenzo su menstruacion: _____
Fecha de su ultimo periodo menstrual:
- Fecha de su último período menstrual
Last menstrual period
- Flujo vaginal Vaginal discharge
- Irregularidad menstrual o sangrado anormal
Menstrual irregularity or abnormal bleeding
- Edad de la menopausia: _____
Menopause Age:
- Uso de hormonas Use of hormones
- Anticonceptivos Birth control
- ¿Cuánto tiempo? How long? _____
- Terapia para el reemplazo de hormonas
Hormone replacement therapy
- ¿Cuánto tiempo? How long? _____

Iniciales del paciente _____
 Patient Initials

ESCRIBA CLARAMENTE

 Nombre del paciente: _____
 Patient Name: _____

HISTORIAL MEDICO FAMILIAR:

Indique los miembros de su familia que tengan cáncer, enfermedades de la sangre o otras enfermedades.

	Edad Age	Enfermedad Disease	Si ha fallecido, causa de la muerte If deceased, cause of death
Padre: Father:	_____	_____	_____
Madre: Mother:	_____	_____	_____
Hermanos: Siblings:	_____	_____	_____

HISTORIAL DE CIRUGÍAS PASADAS:

(Indique cualquiera de las cirugías o procesos a los que se ha sometido)

Cirugía/proceso Surgery / Procedure	Médico Cirujano que lo realizó Performing Physician
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

HISTORIAL SOCIAL
Consumo de tabaco: (Presente o pasado)

Nunca he fumado Never smoked
 Dejé de fumar Quit smoking
 ¿Cuándo? When? _____
 ¿Cuántos años fumó? _____ año(s) How many years did you smoke? yr(s)
 ¿Cuántos paquetes? _____ /día How many packs? /day
 Fumo actualmente Currently smoke
 Cigarrillos Cigarettes
 Pipa Pipe
 Cigarros Cigars
 Cigarrillos electrónicos Electronic cigarettes
 ¿Cuántos paquetes? _____ /día How many packs? /day
 ¿Cuántos años? How many years? _____
 Mastico tabaco Chewing tobacco
 Actualmente Current
 En el pasado Past
 ¿Cuánto tiempo? How long? _____

Consumo de alcohol: (Presente o pasado)

No bebo Non drinker
 Número de botellas de cerveza Beer number of bottles _____ al per
 Día Day
 Semana Week
 Mes Month
 Número de vasos de vino Wine number of glasses _____ al per
 Día Day
 Semana Week
 Mes Month
 Número de vasos de bebidas alcohólicas Liquor number of glasses _____ al per
 Día Day
 Semana Week
 Mes Month

Consumo de drogas recreativas: (Presente o pasado)

No No
 Presente Present
 ¿Qué tipo? What type? _____
 ¿Con qué frecuencia? How often? _____
 Pasado Past
 ¿Qué tipo? What type? _____
 ¿Con qué frecuencia? How often? _____

Peligros en el trabajo:

 Cualquier riesgo laboral (como el ruido o las exposiciones químicas) Sí Yes No No En caso afirmativo, cuál: _____
 If yes, what:

Mujeres:

Edad al primer periodo Age at first period _____ Edad al último periodo Age at last period _____
 N° de embarazos # of pregnancies _____ N° de nacimientos vivos # of live births _____
 Edad al primer embarazo Age at first pregnancy _____

 Iniciales del paciente _____
 Patient Initials

ESCRIBA CLARAMENTE

 Nombre del paciente: _____
 Patient Name: _____

HISTORIA NUTRICIONAL:

 ¿Ha habido un cambio en su apetito en los últimos seis meses? Sí Yes No No
Has there been a change in your appetite in the past 6 months?

 ¿Ha aumentado o perdido peso (más de 10 libras) en un mes sin querer? Sí Yes No No
Have you gained or lost weight (more than 10 lbs.) in 1 month without wanting to?

 Si es así, ¿cuánto aumento o pérdida? If yes how much gain or loss? _____

 ¿Está contento con su peso? Are you happy with your weight? Sí Yes No No

 Si no, ¿sigue una dieta y un plan de ejercicios? If not, are you on a diet and exercise program? Sí Yes No No

 Para las mujeres: ¿Está tomando algo de calcio extra? For women: Are you taking any extra calcium? Sí Yes No No

MANTENIMIENTO DE LA SALUD:

 Sigmoidoscopia/colonoscopia: Sí Yes No No Fecha: Date: _____

Hallazgos: Findings: _____

 Última esofagogastroduodenoscopia: Last Esophagogastroduodenoscopy: _____

 Última mamografía: Last Mammogram: _____ ¿Mamografía anormal? Abnormal Mammogram? ¿Cuándo? When? _____

 Último examen pélvico o Papanicolaou: Last Pelvic or Pap Exam: _____ ¿Pap. anormal? Abnormal Pap? ¿Cuándo? When? _____

 Última prueba de densidad ósea: Last Bone Density test: _____

VACUNAS: Compruebe si se puso la vacuna, y la última fecha en que se administró.

 Vacuna de la gripa Influenza shot Fecha: Date: _____ Vacuna de herpes Shingles shot Fecha: Date: _____

 Vacuna neumocócica Pneumococcal Vaccine PCV13 PPSV23 Otra Other _____

Fecha: Date: _____

ESCANEOS/IMÁGENES/PROCESOS: (Ejemplo: Resonancias magnéticas, tomografías, PET/TC, ecocardiogramas, biopsias, etc.)

Denos una copia de los escaneos/imagenes/procesos si han tenido lugar en los ultimos 1-3 anos.

Tipo <small>Type</small>	Fecha <small>Date</small>	Lugar <small>Facility</small>	Médico ordenante <small>Ordering Physician</small>
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

 Iniciales del paciente _____
 Patient Initials

ESCRIBA CLARAMENTE

Nombre del paciente: _____
 Patient Name: _____

ALERGIAS Y SENSIBILIDADES:

Sin alergias conocidas No known allergies Sin alergias a medicamentos No known drug allergies

Alergia Allergy

Reacción Reaction

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

TODOS LOS MEDICAMENTOS: (ADJUNTE LA LISTA DE MEDICAMENTOS SI ES NECESARIO)

Nombre Medication Name

Dosis/frecuencia Strength/Frequency

Ordenante Prescriber

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

TODOS LOS MEDICAMENTOS SIN RECETA, INCLUYENDO LAS VITAMINAS Y LAS HIERBRAS:

ALL NON-PRESCRIPTION MEDICATION INCLUDING VITAMINS AND HERBS:

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Farmacia Pharmacy _____ Dirección Address _____ N° de tel. Phone# _____

Iniciales del paciente _____
 Patient Initials

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN SANITARIA PROTEGIDA A cCARE Y SUS ASOCIADOS

ESCRIBA CLARAMENTE

NOMBRE DEL PACIENTE:

Nombre del paciente: Patient Name: _____ NSS: SSN: _____
 EN CARACTERES DE IMPRENTA

Número de teléfono: Telephone Number: _____ Fecha de nacimiento: DOB: _____

INFORMACION A DIVULGAR DE:

Yo autorizo la divulgación de información de mi expediente médico de (Nombre del proveedor Provider Name):

 Dirección Address Ciudad City Estado State Código ZIP Zip Code
 Teléfono Phone Fax Fax

Se incluyen contenidos relativos al consumo de drogas o alcohol, psiquiátricos, notas de psicoterapia y diagnósticos o resultados de pruebas relacionadas con el VIH (SIDA). Exclusiones de lo anterior: Exclusions to the above:

INFORMACIÓN A DIVULGAR A:

- | | | | | | |
|---|--|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> 4S RANCH
16918 Dove Canyon Rd
Suite 103
San Diego, CA 92127
Tf: 858.649.5100
Fax: 858.649.5099 | <input type="checkbox"/> ENCINITAS
326 Santa Fe Drive
Suite 105
Encinitas, CA 92024
Tf: 760.452.3340
Fax: 760.452.3344 | <input type="checkbox"/> LA JOLLA
9850 Genesee Ave
Suite 560
La Jolla, CA 92037
Tf: 858.552.1410
Fax: 858.552.0929 | <input type="checkbox"/> MURRIETA
25405 Hancock Ave
Suite 206
Murrieta, CA 92562
Tf: 760.733.9191
Fax: 760.733.9192 | <input type="checkbox"/> SAN MARCOS
838 Nordahl Road
Suite 300
San Marcos, CA 92069
Tf: 760.747.8935
Fax: 760.747.7951 | <input type="checkbox"/> FRESNO
7130 N. Millbrook Ave
Fresno, CA 93720
Tf: 559.326.1222
Fax: 559.447.4925 |
|---|--|--|---|--|--|

TIPO DE REGISTRO:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> TODOS LOS REGISTROS MÉDICOS (solo relevantes)
ALL MEDICAL RECORDS (pertinent only)
(limitado a 2 años de información) (limited 2 years of information) | <input type="checkbox"/> Solo notas de psicoterapia Psychotherapy notes only |
| <input type="checkbox"/> Historial y físico History & Physical | <input type="checkbox"/> Informes de radiología (especifique): _____
Radiology reports (Specify): |
| <input type="checkbox"/> Resumen de descarga Discharge Summary | <input type="checkbox"/> Resultados del laboratorio Lab Results |
| <input type="checkbox"/> Informe operativo Operative Report | <input type="checkbox"/> Examen de las pruebas Evidentiary Examination |
| <input type="checkbox"/> Informe de la consulta Consultation Report | <input type="checkbox"/> Informe de emergencias ER Report |
| | <input type="checkbox"/> Otra información (especifique): _____
Other Information (Specify): |

EL PROPÓSITO O LA NECESIDAD DE ESTA INFORMACIÓN ES:

(Marque todo lo que corresponda)

- Médico Medical Seguro Insurance Legal Legal Personal Persona Otro: Other: _____

CONTINÚA EN LA PARTE POSTERIOR

ESCRIBA CLARAMENTE

- Autorizo la divulgación de la información especificada en mi historial médico.
- Entiendo que el destinatario podría volver a divulgar la información divulgada en virtud de esta autorización y que es posible que ya no esté protegida por las leyes federales de confidencialidad (HIPAA). Sin embargo, según la ley de California, el solicitante no podrá seguir utilizando o divulgando la información médica a menos que obtenga otra autorización de mi parte o que dicho uso o divulgación sea específicamente exigido o esté permitido por la ley de conformidad con las leyes estatales de confidencialidad.
- Tengo el derecho de retirar la autorización para la divulgación de mi información. Si firmo esta autorización para usar o revelar mi información, puedo revocar esa autorización en cualquier momento. La revocación debe hacerse por escrito y no afectará a la información que ya se haya utilizado o revelado.
- Firmo esta autorización voluntariamente y el tratamiento, el pago o mi admisibilidad para recibir beneficios no se verán afectados si no firmo esta autorización.
- Una fotocopia de esta autorización es tan eficaz como la original.
- He recibido una copia de esta autorización.

FIRMA:

(Paciente/representante legal/tutor Patient/Legal Representative/Guardian)

FECHA:

DATE:

Si firma otra persona que no sea el paciente, indique el parentesco: _____

If signed by other than patient, indicate relationship:

Testigo: Witness: _____

Nombre en caracteres de imprenta

Firma

(SOLO LA PARTE MÉDICA) Registros obtenidos en el curso del TRATAMIENTO PSIQUIÁTRICO

El abajo firmante, el médico, psicólogo licenciado o trabajador social con una maestría en trabajo social, por el presente (aprueba) (desaprueba) la divulgación de información y registros. Toma en cuenta a continuación cualquier restricción sobre la divulgación de registros. (Nota: no se requiere la aprobación para la divulgación al abogado del paciente). Si se niega, proporcione la razón: _____

If denied, please provide reason:

Firma: _____

(Physician/Psychologist/Social Worker Physician/Psychologist/Social Worker)

Fecha: _____

DATE:

Firma del intérprete, si procede:

He leído con precisión y por completo el documento anterior a _____

Nombre del paciente o del representante legal
Patient's or Legal Representative's name

En _____, la idioma principal del paciente o del representante legal.

Idioma Language

Él/ella ha entendido todos los términos y condiciones y ha reconocido su acuerdo con ellos firmando el documento en mi presencia.

Nombre del intérprete: _____

Interpreter's name:

Fecha: _____

Signature:

Registros médicos de SAN DIEGO: Teléfono: 760.747.8935

Fax: 760.747.7951

Registros médicos de FRESNO: Teléfono: 559.326.1206

Fax: 559.326.1233

AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO Y EL PAGO DE PRESTACIONES MÉDICAS

FORMULARIO DE RESPONSABILIDAD FINANCIERA DEL PACIENTE

ESCRIBA CLARAMENTE

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____
 Patient's Name: _____ DOB: _____

Gracias por elegir a cCARE como proveedor de atención médica. Agradecemos la confianza que ha demostrado con su elección y nos comprometemos a proporcionarle la atención médica de mayor calidad. Le pedimos que lea y firme este formulario para reconocer que entiende nuestra autorización para el tratamiento, el pago y las políticas financieras del paciente. Si desea recibir una explicación más detallada de nuestras políticas financieras, solicite una copia.

AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO Y EL PAGO DE PRESTACIONES MÉDICAS

Doy permiso a cCARE para que proporcione servicios médicos para el diagnóstico y el tratamiento. Autorizo la divulgación de la información médica necesaria para procesar cualquier reclamo por servicios prestados y para que el pago de mi compañía de seguros se haga directamente a cCARE.

USO DE MI IMAGEN

Estoy de acuerdo en que cualquier documento de identificación con fotografía que se tome en el momento de mi cita se considerará parte de mi historial médico y se utilizará únicamente con el fin de identificarme.

PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA PARA HISTORIAL DE MEDICAMENTOS

Podemos solicitar y utilizar la información de su historial de medicamentos con receta usando nuestra herramienta de recetas electrónicas. Esto es solo para fines informativos, de modo que se disponga de un registro actualizado de su medicación para su tratamiento y seguridad.

RESPONSABILIDADES FINANCIERAS DEL PACIENTE

- Yo (o el tutor del paciente, si es menor de edad) entiendo que soy el responsable final del pago de mi tratamiento y cuidado.
- Me ayudará facturando a sus aseguradores contratados. Sin embargo, entiendo que se me exige que le proporcione la información más correcta y actualizada sobre mi seguro, y que seré responsable de cualquier cargo en el que se incurra si la información proporcionada no es correcta o no está actualizada.
- Entiendo que soy responsable del pago de copagos, coaseguros, franquicias y todos los demás procedimientos o tratamientos no cubiertos por mi plan de seguro. Entiendo que el pago debe hacerse en el momento del servicio, mediante efectivo, cheque y la mayoría de las principales tarjetas de crédito.
- Entiendo que puedo incurrir y soy responsable del pago de los cargos adicionales. Estos cargos pueden incluir, entre otros:
 - Cargo por cheques devueltos.
 - Cargo por la copia y distribución de los registros médicos del paciente.
 - Cargo por rellenar formularios.
 - Cargo por faltar a las citas.

AUTORIZACIONES DEL PACIENTE

- Con mi firma a continuación, autorizo a cCARE a divulgar información médica y de otro tipo a las compañías de seguros y a pagadores externos necesarios para el pago de los servicios de salud prestados.
- Con mi firma a continuación, autorizo la asignación de beneficios financieros directamente a cCARE. Entiendo que soy financieramente responsable por los cargos no cubiertos o rechazados en su totalidad o en parte por mi(s) plan(es) de seguro).

He leído, entendido y estoy de acuerdo con las disposiciones de esta autorización para el tratamiento y el pago de las prestaciones médicas y el formulario de responsabilidad financiera del paciente:

Firma del paciente o tutor _____ Fecha _____
 Signature of Patient or Guardian _____ Date _____

ESCRIBA CLARAMENTE

Para proteger su privacidad, háganos saber cómo quiere que nos pongamos en contacto con usted y a quién podemos divulgar su información médica privada (IMP) en su nombre.

No hablen de la IMP con nadie, por favor. No, please do not discuss IMP with anyone. **ADVERTENCIA: si elige esta opción y se enferma y no puede llamar o venir a la oficina para pedir ayuda, según nuestro criterio profesional, podemos revelar la información médica protegida necesaria a otro profesional médico para asegurarnos de que reciba la atención médica adecuada.**

Sí, permito la comunicación con: Yes, allow communication with:

NOMBRE <small>NAME</small>	PARENTESCO <small>RELATIONSHIP</small>	TELÉFONO DE CASA <small>HOME PHONE</small>	CELULAR <small>CELL PHONE</small>

¿Qué clase de IMP podemos comentar con sus familiares designados o otras personas involucradas en su cuidado?

Medical Care Medical Care Información sobre facturación y pago Billing and Payment Information

¿Podemos ponernos en contacto con usted en: May We Contact you at:

Casa? Home? Sí Yes No No Número Number _____ Trabajo? Work? Sí Yes No No Número Number _____

Celular? Cell? Sí Yes No No Número Number _____

¿Por correo electrónico? Via Email? Sí Yes No No Dirección de correo electrónico: Email address: _____

¿Podemos enviarle un recordatorio de las citas a través de un mensaje de texto? Sí Yes No No
May we send appointment reminder via text?

¿Podemos dejar un mensaje en su contestador o en su celular? Sí Yes No No
May we leave a message on your answering machine or cell?

¿Cualquier información? Sí Yes No No
Any information?

Limite la información a lo siguiente: Limit information to the following: _____

¿Podemos dejar un mensaje a un miembro de su familia o a otra persona que esté en su casa? Sí Yes No No
May we leave a message with a family member or other person at your home?

¿Cualquier información? Sí Yes No No
Any information?

Limite la información a lo siguiente: Limit information to the following: _____

Yo _____, entiendo que la autorización anterior permanecerá en vigor hasta que
Patient Name
 la cambie por escrito. Se me ha dado una copia del Aviso de Práctica de Privacidad para cCARE.

 Firma del paciente Patient Signature

 Nombre en caracteres de imprenta Print Name

 Fecha Date

Fecha de nacimiento: Date of Birth: _____