



ST. FRANCIS CANCER CENTER

Bon Secours St. Francis Health System

¡Bienvenido nuevo paciente!

Nos comprometemos a proveerle los cuidados más actualizados para su diagnóstico específico. Creemos que cada paciente es diferente y su caso será tratado con el mejor de los intereses.

Su cita de laboratorio es ___/___/___ a las ____:____ a. m. / p. m.

Su cita con el Dr. _____ es ___/___/___ a las ____:____ a. m. / p. m.

Por favor llegue a las ____:____ a. m. / p. m. para tener tiempo de registrarse

Lugar:

Bon Secours St. Francis Cancer Center ST.FRANCIS - downtown

104 Innovation Drive
Greenville, SC 29607

317 St. Francis Dr., Suite 340
Greenville, SC 29601

Encontrará adjunto un cuestionario para llenar lo mejor posible. **Traiga a la cita el cuestionario completo y todos los medicamentos que está tomando actualmente.**

Llame a nuestra oficina al (864) 603-6200 a cualquier hora si tiene alguna pregunta o preocupación. Esperamos verlo pronto.

Atentamente,

Bon Secours St. Francis Cancer Center and Hematology

Dr. H. Crosswell

Dr. S. Dyar, Jr.

Dr. S. Khan

Dr. F. Quddus

Dr. R. Siegel

Dr. X. Yang

Dr. D. Griffin

Dr. J. Eggert

Dr. J. Paciarelli

REGISTRO Y CUESTIONARIO DE HISTORIAL MÉDICO DEL PACIENTE

Fecha de hoy ____/____/_____
Nombre del paciente: _____ Género: M () F ()
Fecha de nacimiento: ____/____/____ Edad: ____ No. de Seguro Social: _____
Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____
Código postal: _____ Condado: _____ Correo electrónico: _____
Teléfono: Casa (____) _____ Celular (____) _____ Trabajo (____) _____

INFORMACION DE EMPLEO Y SEGURO

Seguro primario: _____
No. de póliza del abonado _____ No. de Grupo _____
Nombre del abonado _____ No. de S.S. del abonado _____
Fecha de nacimiento de abonado ____/____/____ Relación del paciente con el abonado _____
Seguro secundario: _____
No. de póliza de abonado _____ No. de Grupo _____
Nombre del abonado _____ No. de S.S. del abonado _____
Fecha de nacimiento del abonado ____/____/____ Relación del paciente con el abonado _____
EMPLEADOR: _____ Teléfono del empleador: _____

EN CASO DE EMERGENCIA

Nombre de familiar o amigo cercano: _____
Relación con el paciente: _____
Teléfono de casa: _____ Teléfono alternativo: _____

INFORMACIÓN DEL MÉDICO

Médico remitente: _____ Especialidad: _____
Dirección: _____
Teléfono: (____) _____ Fax: (____) _____
Médico de cabecera: _____
Dirección: _____
Teléfono: (____) _____ Fax: (____) _____

INFORMACIÓN DE LA FARMACIA

Nombre de farmacia: _____ Teléfono: (____) _____
Dirección: _____

HISTORIAL DE ENFERMEDADES ACTUALES

Describe lo más breve posible cuándo comenzaron los síntomas de su enfermedad o cuándo fue detectada por primera vez su condición médica actual, qué síntomas tenía, qué tratamientos ha tenido y cuáles han sido los resultados del tratamiento.

BIOPSIAS HECHAS PREVIAMENTE (por favor nombre primero las biopsias más antiguas)

Fecha aproximada de la biopsia: _____ Lugar de la biopsia: _____
Fecha aproximada de la biopsia: _____ Lugar de la biopsia: _____
Fecha aproximada de la biopsia: _____ Lugar de la biopsia: _____
Fecha aproximada de la biopsia: _____ Lugar de la biopsia: _____

¿Ha recibido terapia de radiación? _____ Sí _____ No
Si la respuesta es sí, díganos cuando comenzó y terminó el tratamiento, área del cuerpo que fue tratada y el hospital o doctor que lo trató.

Comenzó	Suspendió	Área del cuerpo tratado	Hospital	Doctor
Mes/año	Mes/año			

¿Tuvo algún problema en particular con el tratamiento? _____ Sí _____ No
Si la respuesta es sí, describa

¿Ha recibido quimioterapia alguna vez? _____ Sí _____ No				
Si la respuesta es sí, díganos cuando comenzó y terminó el tratamiento, área del cuerpo que fue tratado y el hospital o doctor que lo trató.				
Comenzó	Suspendió			
Mes/año	Mes/año	Área del cuerpo tratado	Hospital	Doctor
¿Tuvo algún problema en particular con el tratamiento? _____ Sí _____ No				
Si la respuesta es sí, describa				

OTRAS CONDICIONES MÉDICAS (incluyendo hospitalizaciones)

FECHA	DIAGNÓSTICO	TRATAMIENTO

HISTORIAL DE CIRUGÍAS PASADAS

FECHA	DIAGNÓSTICO	TIPO DE CIRUGÍA

Medicamentos y suplementos nutricionales actuales u otros

Medicamento	Dosis	Veces al día	Medicamento	Dosis	Veces al día

ANTECEDENTES SOCIALES

Familia

Estado civil: _____ Casado/a _____ Viudo/a _____ Divorciado/a _____ Soltero/a

Consumo de tabaco

¿Fuma cigarrillos actualmente? ___Sí ___ No (Sí, fumo _____ paquetes por día)

Si no fuma actualmente, ¿ha fumado cigarrillos antes? ___No ___ Sí, fumé _____ paquetes por día durante _____ años

¿Cuándo dejó de fumar? _____

¿Ha utilizado tabaco sin humo? _____ ¿Puros? _____ ¿Pipa? _____

Uso de alcohol o drogas

Cantidad semanal: _____ Cerveza _____ Copas de vino _____ Bebidas blancas

¿Usted considera que bebe o que antes bebía mucho alcohol? ___Sí ___ No

¿Utiliza marihuana? _____ ¿Utiliza otras sustancias controladas? _____

Posibles exposiciones a toxinas ambientales en la casa o en el trabajo

Radiación _____ Benceno _____ Tolueno _____ Pesticidas _____ Asbesto _____

Otras posibles exposiciones a toxinas: _____

Revisión del sistema

Peso actual: _____lb Peso promedio: _____lb Estatura: _____pies _____pulg.

Pérdida de peso en el último año: _____lb Peso ganado en el último año: _____lb

Marque todos los siguientes síntomas que tiene o ha tenido durante los últimos 6 meses, a menos que la pregunta comience con "antecedentes", "algún antecedente" o "algún episodio", esto significa durante cualquier momento de su vida.

Generales – (Ningún síntoma ___)

- Fiebre
- Fuertes sudoraciones
- Escalofríos con temblores
- Falta de apetito
- Dormir poco de noche
- Dormir durante el día
- Fatiga inusual

Vista – (Ningún síntoma ___)

- Anteojos o lentes de contacto
- Cambio considerable en la vista
- Pérdida de algún área de su campo visual
- Visión borrosa
- Visión doble
- Dolor de ojos
- Glaucoma
- Cataratas
- Lagrimeo excesivo
- Ojos secos
- Conjuntivitis aguda u otra infección ocular

Oído, nariz y garganta – (Ningún síntoma ___)

- Dolores de cabeza
- Sinusitis
- Otitis o dolor de oídos
- Dificultad para oír
- Zumbido o vibración en los oídos
- Vértigo (sensación de que todo gira a su alrededor)
- Resfríos frecuentes
- Congestión o goteo nasal crónico
- Sangrado nasal
- Dolores de garganta
- Afecciones bucales
- Sangrado de las encías
- Ronquera
- Carraspeo frecuente

Sistema respiratorio – (Ningún síntoma ___)

- Tos
- Dificultad para respirar al descansar
- Dificultad para respirar con esfuerzo excesivo
- Asma o sibilancias

- Sangre en esputo
- Dolor torácico
- Dolor torácico que empeora con respiración profunda

Sistema cardiovascular – (Ningún síntoma ___)

- Dolor torácico o sensación de presión
- Dolor torácico o presión con esfuerzo excesivo
- Ritmo cardíaco rápido
- Ritmo cardíaco irregular (interrumpido o adicional)
- Mareo o desmayos
- Antecedentes de soplo cardíaco
- Dolor en las piernas cuando camina
- Dificultad para respirar
- Dificultad para respirar con esfuerzo excesivo
- Dificultad para respirar cuando yace en la cama
- Hinchazón de pies, tobillos o piernas

Sistema gastrointestinal – (Ningún síntoma ___)

- Dolores abdominales
- Acidez en abdomen superior, dolor torácico en la boca del estómago
- Dificultad para tragar, no pasa la comida
- Náusea o vómitos
- Vómitos con sangre
- Hinchazón abdominal
- Estreñimiento
- Diarrea (veces por día ___)
- Heces negras oscuras
- Sangre en las heces
- Antecedentes de hepatitis, ictericia
- Antecedentes de cirrosis
- Cálculos biliares u otros problemas de la vesícula biliar
- Antecedentes de bazo dilatado

Aparato genitourinario (hombres) – (Ningún síntoma ___)

- Micción con dolor, ardor o turbia
- Antecedentes de infección urinaria
- Micción frecuente
- Se levanta para orinar ___ veces por noche
- Sangre en la orina
- Antecedentes personales de cálculos renales
- Secreción del pene o llagas
- Dificultad para lograr una erección o eyacular

- Antecedentes de problemas de próstata
- Dolor, hinchazón o masa en los testículos

**Aparato genitourinario (mujeres) –
(Ningún síntoma ___)**

- Micción con dolor, ardor o turbia
- Micción frecuente
- Se levanta para orinar ___ veces por noche
- Sangre en la orina
- Antecedentes personales de cálculos renales
- Picazón o flujo vaginal
- Hemorragia vaginal (aparte de la menstruación)
- ¿Menopausia? ¿A qué edad comenzó? _____
- Ciclos menstruales irregulares
- Ciclos menstruales anormales, largos o cuantiosos
- Antecedentes de pruebas de Papanicolaou anormales
- Antecedentes de 3 o más abortos espontáneos

Mamas – (Ningún síntoma ___)

- Nódulos
- Secreción o sangrado de los pezones
- Sensibilidad o dolor de mama/s
- Fecha de la última mamografía _____
- Antecedentes de mamografías anormales
- Biopsias mamarias anteriores

Piel – (Ningún síntoma ___)

- Erupción
- Comezón
- Enfermedad cutánea crónica o recurrente
- Antecedentes personales de cáncer de piel

Sistema neurológico – (Ningún síntoma ___)

- Pérdida de memoria u olvidos
- Dolores de cabeza frecuentes e intensos
- Síncopes, desmayos, o mareos
- Antecedentes de traumatismo de cráneo grave
- Antecedentes de convulsiones o epilepsia
- Antecedentes de accidente cerebrovascular
- Antecedentes de accidente isquémico transitorio
- Algún área con adormecimiento u hormigueo
- Algún área con pérdida de sensibilidad
- Algún área con dolor u ardor crónico
- Inestabilidad al pararse o caminar
- Temblor
- Debilidad en piernas o brazos
- Episodios de discurso incoherente

- Episodios de pérdida de la vista

Psiquiatría – (Ningún síntoma ___)

- Depresión (medicamento)
- Angustia (medicamento)
- Antecedentes de problemas psiquiátricos
- Hospitalizaciones en psiquiatría

Hematológico– (Ningún síntoma ___)

- Agrandamiento de los ganglios linfáticos (glándulas)
- Antecedentes de trastornos hemorrágicos
- Antecedentes de coágulos
- Hematomas
- Hemorragia excesiva al cortarse
- Antecedentes de anemia
- Antecedentes de glóbulos blancos bajos
- Antecedentes de recuento de plaquetas bajas

Alergias/Inmunológico

(Ningún síntoma ___)

- Alergias por inhalación (pasto, hierbas, moho)
- Alergias a comidas
- Autoinmune (reumatoide, lupus, otros)
- Infecciones frecuentes
- Antecedentes de herpes

Musculoesquelético – (Ningún síntoma ___)

___ Artritis, dolor articular o hinchazón

___ Dolor de espalda o sensibilidad

___ Algún otro dolor de hueso

___ Dolor muscular o sensibilidad

___ Antecedentes de gota o niveles elevados de ácido úrico

Endocrino – (Ningún síntoma ___)

___ Diabetes

___ Enfermedad tiroidea o bocio

___ Enfermedad de la glándula pituitaria o suprarrenal

___ Enfermedad paratiroidea; niveles altos o bajos de calcio en la sangre

Por favor anote cualquier pregunta que le gustaría que su médico le responda durante su cita de hoy:

GRACIAS POR SU TIEMPO Y ESPERAMOS PODER SERVIRLE

POLÍTICA FINANCIERA

Gracias por seleccionar Upstate Oncology Associates como su proveedor de salud. Estamos comprometidos a proveerle a usted y a su familia el mejor cuidado médico disponible. En el continuo proceso para asegurarnos que todas sus necesidades médicas sean atendidas, nuestro Departamento de Facturas y Finanzas está disponible para discutir con usted nuestra póliza y honorarios.

Solicitamos que todas las personas responsables lean y firmen nuestra Póliza de Finanzas y que además completen los formularios de Información del Paciente antes de ser atendidos por el médico.

Las tarifas por todos los servicios deben pagarse al momento que dichos servicios sean provistos. Para poder servirle mejor, aceptamos dinero en efectivo, cheques, American Express, VISA, MasterCard y Discover. Como una cortesía para usted, es política de Upstate Oncology Associates enviar la factura a su compañía de seguro médico, aunque en última instancia, usted es el responsable por la factura completa. Como persona responsable, debe comprender lo siguiente:

POR FAVOR, PONGA SUS INICIALES EN LAS SIGUIENTES DECLARACIONES:

_____ 1. Su póliza de seguro médico es un contrato entre usted, su empleador y la compañía de seguro. No somos parte de ese contrato. Nuestra relación es con usted, no con su compañía de seguro médico. No nos involucraremos en las disputas entre su seguro médico y usted referente a deducibles, copagos, cargos cubiertos, seguros secundarios y "gastos usuales y razonables". Como su proveedor de salud, solo proveeremos información objetiva para facilitar el proceso de su reclamo.

_____ 2. Las tarifas por los servicios prestados, las cuales incluyen cargos pendientes, deducibles y copagos, deben pagarse al momento del servicio. Cheques devueltos y balances pendientes pueden ser sujetos a cobro y cargos por cobro. Se recomienda a los pacientes sin seguro médico que se reúnan con el Coordinador de Finanzas antes de su primera visita (o antes del cambio de terapia) para proveer información financiera sobre posible asistencia financiera o asignación a programas de reemplazo de medicamento.

_____ 3. Todos los cargos son su responsabilidad aun si su seguro médico paga o no. Si su seguro médico no remite el pago dentro de sesenta días, usted deberá pagar el balance del saldo completo. Si algún pago es hecho directamente a usted por los servicios facturados por Upstate Oncology Associates, usted reconoce la obligación de remitir el pago inmediatamente a Upstate Oncology Associates.

_____ 4. Comprendo y estoy de acuerdo que si no hago alguno de los pagos puntualmente por los cuales soy responsable, después de tal incumplimiento y después de ser remitido a una agencia de cobranza o abogado por Upstate Oncology Associates, seré responsable por todos los gastos incurridos por cobranza de saldo adeudado, incluyendo gastos de la Corte de Leyes, tarifas de la agencia de cobranza y honorarios del abogado.

_____ 5. Entiendo que si el saldo pendiente es más antiguo que el tiempo aceptable (60-90 días), se me pedirá un acuerdo para pagar el balance del saldo y se requerirá ya sea un depósito sobre la visita actual o pago completo. También es posible que se me pida firmar un pagaré si la clínica lo cree apropiado.

_____ 6. Las pruebas de análisis que se ofrecen en nuestra clínica pueden ser costosas y deberán ser discutidas con su proveedor antes de entregar la muestra al laboratorio. Entiendo que si el costo es causa de preocupación, una lista de precios puede ser provista en el área de laboratorio.

En Upstate Oncology Associates, entendemos que los problemas financieros pueden afectar los pagos puntuales, y es por eso que le alentamos a comunicarse con nosotros si tiene dicho problema, para así poder ayudarle a mantener su cuenta en buen estado. Si tiene alguna pregunta, por favor comuníquese con nuestro Departamento de Facturas y Finanzas al (864)603-6310.

ENTIENDO LA INFORMACIÓN ANTERIOR Y SERÉ RESPONSABLE POR EL PACIENTE INDICADO A CONTINUACIÓN.

Nombre del paciente en letra de imprenta: _____ Número de cuenta:

Firma del paciente o persona responsable

Fecha

ACUSE DE RECIBO DE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Adjunto se encuentra la Notificación de las prácticas de privacidad de Upstate Oncology Associates. Su nombre y firma en esta página indica que ha recibido una copia de la Notificación de las prácticas de privacidad de Upstate Oncology Associates en la fecha indicada. Esta notificación es para usted. Si tiene preguntas con respecto a la información indicada en nuestra Notificación de las prácticas de privacidad, por favor comuníquese con nuestra Gerente de oficina, Kristen Hames al (864) 603-6300.

Nombre del paciente en letra de imprenta:

Firma: _____ Fecha: _____

Autorizado para firmar, si no es el paciente: _____

Solicitud para la Autorización de Divulgación de Información Médica Protegida (IMP) a miembro(s) de la familia, amigo(s), y cuidador(es) autorizados para revisar la IMP:

Nombre

Relación

Firma del paciente:

***Fecha de nacimiento del paciente: ____/____/____ Nombre de soltera de la madre:

*** Si la(s) persona(s) autorizada(s) nombrada(s) arriba llama(n) para obtener acceso a su IMP, tendrá(n) que proporcionar los identificadores indicados anteriormente para obtener acceso a la información por teléfono. Esto incluye información de facturación. Una identificación con fotografía será requerida si el solicitante se presenta personalmente.

Bon Secours St. Francis Cancer Center
 104 Innovation Drive
 Greenville, South Carolina 29607
TELÉFONO 864-603-6331/864-603-6161 FAX

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA

Divulgar información de:			
Bon Secours St Francis Cancer Center			
Otros: _____		_____	
Instalación/Médico/Farmacia de la cual se divulgará la información		Número de fax	
_____	_____	_____	_____
Domicilio	Ciudad	Estado	Código postal

Divulgar/Revelar información a:			
x Bon Secours St Francis Cancer Center			
Otro: _____		_____	
Instalación/Médico/Farmacia a la cual se divulgará la información		Número de fax	
_____	_____	_____	_____
104 Innovation Drive	Greenville	SC	29607
Domicilio	Ciudad	Estado	Código postal

Propósito para divulgar la información:

- Cuidado continuo`
- Personal (Entiendo que puede haber un costo por las copias de esta información de acuerdo con las leyes de Carolina del Sur)
- Otros: por favor, enviar los resultados de laboratorio, resultados de patología, resultados de radiología, anotaciones de consulta, anotaciones de tratamiento y anotaciones de las visitas a la oficina –gracias.

Nombre del paciente:	Número de Seguro Social del paciente: xxx-xx-
Domicilio del paciente:	Fecha de nacimiento del paciente:
Ciudad/Estado/Código postal:	Número de teléfono del paciente:

Comprendo que la información indicada arriba, la cual puede incluir información sobre el abuso de alcohol y/o drogas, enfermedades mentales, pruebas y diagnóstico de VIH y tratamiento considerado confidencial debe ser utilizado por el destinatario solo para el propósito indicado arriba.

Firma del paciente	Relación (si no es el paciente)	Fecha
Testigo		Fecha

POR FAVOR ENVIE LOS DOCUMENTOS POR FAX- NO LOS ENVIE POR CORREO