

# HISTORIAL MÉDICO DE NUEVA PACIENTE

NOMBRE DE PACIENTE \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_

FECHA DE HOY \_\_\_\_\_

## HISTORIAL MÉDICO PASADO ---- Indique cualquiera de los siguientes que apliquen

- |  |   |  |  |
|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Tiroides poco activa (Hipotiroidismo)                 | <input type="checkbox"/> Colesterol Alto (hiperlipidemia) | <input type="checkbox"/> Diabetes                              | <input type="checkbox"/> Enfermedad de la arteria coronaria      |
| <input type="checkbox"/> Ataque al corazón (Infarto de miocardio)              | <input type="checkbox"/> Enfermedad Vascular Periférica   | <input type="checkbox"/> Insuficiencia Cardíaca Congestiva     | <input type="checkbox"/> Fibrilación auricular                   |
| <input type="checkbox"/> Trombosis Venosa Profunda                             | <input type="checkbox"/> Embolia pulmonar                 | <input type="checkbox"/> Alta Presión Sanguínea (Hipertensión) | <input type="checkbox"/> Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica |
| <input type="checkbox"/> Asma  | <input type="checkbox"/> Osteoporosis                     | <input type="checkbox"/> Enfermedad del disco lumbar           | <input type="checkbox"/> Infecciones Urinarias Frecuentes        |
| <input type="checkbox"/> Insuficiencia Renal <input type="checkbox"/> Diálisis | <input type="checkbox"/> Cálculos renales                 | <input type="checkbox"/> Sangrado gastrointestinal             | <input type="checkbox"/> Enfermedad fibroquística de mama        |
| <input type="checkbox"/> Colitis ulcerosa                                      | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Crohn              | <input type="checkbox"/> Síndrome del Intestino Irritable      | <input type="checkbox"/> Cirrosis                                |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis   | <input type="checkbox"/> Trastorno Convulsivo             | <input type="checkbox"/> Ataque Cerebrovascular                | <input type="checkbox"/> Ataque Isquémico Transitorio            |
| <input type="checkbox"/> Neuropatía periférica                                 | <input type="checkbox"/> Depresión                        | <input type="checkbox"/> Esquizofrenia                         | <input type="checkbox"/> Desorden bipolar                        |
| <input type="checkbox"/> Artritis Reumatoide                                   | <input type="checkbox"/> Trastornos Autoinmunes _____     | <input type="checkbox"/> VIH/SIDA                              | <input type="checkbox"/> Sifilis                                 |
| <input type="checkbox"/> HPV (Virus de Papiloma Humano)                        | <input type="checkbox"/> Herpes                           | <input type="checkbox"/> Gonorrea/Clamidia                     | <input type="checkbox"/> Sifilis                                 |

¿PRUEBA GENÉTICA? ¿A usted o algún familiar se les ha practicado una prueba genética?     Si     No

*Si la respuesta es sí, responde lo siguiente:*

**BRCA**                      \_\_\_positivo    \_\_\_negativo  
**Síndrome de Lynch**    \_\_\_positivo    \_\_\_negativo

## HISTORIAL QUIRÚRGICO PASADO --- Indique cualquiera de las siguientes cirugías que apliquen

- |  |   |  |  |
|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Amigdalectomía  | <input type="checkbox"/> Adenoidectomía   | <input type="checkbox"/> Cirugía de Cataratas                                | <input type="checkbox"/> Tiroidectomía                                   |
| <input type="checkbox"/> Fusión de Disco Cervical  | <input type="checkbox"/> Inserción de marcapasos  | <input type="checkbox"/> Stent de Derivación Coronaria                       | <input type="checkbox"/> Cirugía de revascularización coronaria          |
| <input type="checkbox"/> Laparotomía exploratoria  | <input type="checkbox"/> Laparoscopia Exploratoria  | <input type="checkbox"/> Apendectomía  | <input type="checkbox"/> Extracción de vesícula biliar (Colecistectomía) |
| <input type="checkbox"/> Extracción de bazo (Esplenectomía)  | <input type="checkbox"/> Extirpación de estómago (gastrectomía parcial)                         | <input type="checkbox"/> Cirugía para Aneurisma (Aneurismectomía)            | <input type="checkbox"/> Derivación femoropoplítea                       |
| <input type="checkbox"/> Extirpación de venas varicosas  | <input type="checkbox"/> Reparación de hernia inguinal (herniorrafía inguinal)                  | <input type="checkbox"/> Reparación de hernia ventral (Herniorrafía ventral) | <input type="checkbox"/> Hemorriodectomía                                |
| <input type="checkbox"/> Histerectomía parcial, no se extirparon los ovarios (Preservación de ovarios) | <input type="checkbox"/> Histerectomía Total- ovarios fueron extirpados (ooforectomía salpingo) | <input type="checkbox"/> Cesárea   | <input type="checkbox"/> Ligadura de trompas                             |
| <input type="checkbox"/> Trasplante de órgano  | <input type="checkbox"/> Otra: _____  |  |  |



**HISTORIAL FAMILIAR DE CÁNCER**

Ninguno    Desconocido    Mama    Ovario    Pulmón    Páncreas    Colon    Próstata    Tiroides    Melanoma  
 Neurofibromatosis    Poliposis Adenomatosa Familiar (PAF)    Otro: \_\_\_\_\_

**ENFERMEADES FAMILIARES**

Ninguna    Desconocido    Alta presión (Hipertensión)    Diabetes    Enfermedad de la arteria coronaria  
 Colesterol (Hiperlipidemia)    Otra: \_\_\_\_\_

**HISTORIAL DE MANTENIMIENTO De SALUD**

**Colonoscopia**    Nunca    Fecha de la última: \_\_\_\_\_ con Dr./Dra. \_\_\_\_\_    Programada para: \_\_\_\_\_

**Mamografía**    Nunca    Fecha de la última: \_\_\_\_\_ con Dr./Dra. \_\_\_\_\_    Programada para: \_\_\_\_\_

**Papanicolau**    Nunca    Fecha de la última: \_\_\_\_\_ con Dr./Dra. \_\_\_\_\_    Programada para: \_\_\_\_\_

**Vacuna de la influenza** más reciente (mes/año) \_\_\_\_\_

¿Ha recibido la **vacuna de la neumonía** este año?    No    Si (fecha) \_\_\_\_\_

¿Ha recibido la **serie de vacunas Gardasil**?    No    Si (fechas) \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

**ALERGIAS A MEDICAMENTOS--- anote cualquier alergia a medicamento**

Medicamento	Reacción
1	
2	
3	

**ALERGIAS A ALIMENTOS---- anote cualquier alergia a alimentos**

Alimento	Reacción
1	
2	
3	

**MEDICAMENTOS- anote cualquier medicamento que esté tomando actualmente, incluyendo suplementos**

Nombre de medicamento	Dosis	Frecuencia tomada
1	mg o mcg	# _____ tomada _____ veces al día   o cada _____ horas
2	mg o mcg	# _____ tomada _____ veces al día   o cada _____ horas
3	mg o mcg	# _____ tomada _____ veces al día   o cada _____ horas
4	mg o mcg	# _____ tomada _____ veces al día   o cada _____ horas
5	mg o mcg	# _____ tomada _____ veces al día   o cada _____ horas
6	mg o mcg	# _____ tomada _____ veces al día   o cada _____ horas
7	mg o mcg	# _____ tomada _____ veces al día   o cada _____ horas
8	mg o mcg	# _____ tomada _____ veces al día   o cada _____ horas
9	mg o mcg	# _____ tomada _____ veces al día   o cada _____ horas
10	mg o mcg	# _____ tomada _____ veces al día   o cada _____ horas

**FARMACIA--- complete la información de su farmacia preferida**

Nombre de farmacia	Dirección	Número de teléfono
_____	_____	_____
_____	_____	_____

NOMBRE DE PACIENTE \_\_\_\_\_

FECHA DE HOY \_\_\_\_\_



## CUESTIONARIO DE HISTORIA FAMILIAR

*Para Síndromes de Cáncer Hereditario Comunes*

NOMBRE DE PACIENTE \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_

FIRMA DE PACIENTE \_\_\_\_\_

FECHA DE HOY \_\_\_\_\_

Edad de primera menstruación \_\_\_\_\_ Edad de primer embarazo a término \_\_\_\_\_

¿Se le ha practicado una biopsia quirúrgica o con aguja de los senos? Si No

¿Si la respuesta es sí, la biopsia mostro células atípicas? Si No Desconocido

¿Es menopáusica? Si No

¿Ha estado alguna vez bajo terapia de remplazo hormonal? Si No

¿Alguno de sus familiares se le ha hecho estudios genéticos de alguno de los síndromes de cáncer hereditarios comunes? Si No

Favor de indicar abajo si hay algún historial **personal** o **familiar** de los siguientes canceres. Si la respuesta es sí, indique la **relación familiar**, así como **la edad de la persona cuando fue diagnosticada** en la columna apropiada. Considere historial de padres, hermanos/as, hijos/as, abuelos/as, tíos/as, así como primos/as.

### CÁNCER DE OVARIOS Y DE MAMA (BRCA)

			USTED (edad diagnosticada)	Hermanos/as Hijos/as (edad diagnosticados)	Lado Materno (Edad de diagnosticado)	Lado Paterno (Edad diagnosticado)
SI	NO	Ejemplo: Cáncer de Colon		Hermano edad 36	Tía edad 44	Abuelo edad 65 Primo edad 58
		Cáncer de Mama				
		¿Si la respuesta es sí, se receto Tamoxifeno u Herceptin?				
		Cáncer de Mama en ambos senos o múltiples canceres de mama primarios				
		Cáncer de Ovario				
		Cáncer de Mama masculino				
		Cáncer de próstata (BRCA)				
		Cáncer de páncreas (Col/BRCA)				
		Melanoma (BRCA)				
		¿Es de descendencia askenazí judía?				

### CÁNCER DE COLON Y DE ÚTERO (Colaris)

		Cáncer de Útero (endometrial)				
		Cáncer de Colon				
		Cáncer de ovario, estomago, riñón/tracto urinario, cerebral, o del intestino delgado (Favor de circular el tipo de cáncer)				
		Cáncer de páncreas (Col/BRCA)				





AUTHORIZATION FOR RELEASE OF INFORMATION

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

NOMBRE DE PACIENTE \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_

Por la presente autorizo a NTGO a liberar copias de mis registros médicos a \_\_\_\_\_.

Por la presente autorizo a \_\_\_\_\_ para que libere información y copias de mis registros médicos a NTGO.

*I hereby authorize NTGO to release copies of my medical records to \_\_\_\_\_.*

*I hereby authorize \_\_\_\_\_ to release information and my medical records to NTGO.*

Restricciones: (ninguna si es dejado en blanco)

Restrictions: (none if left blank)

Yo entiendo que: *I understand that:*

- Al firmar este formulario, autorizo el uso o divulgación de información de salud protegida como se indicó anteriormente.
- Puedo revocar esta autorización en cualquier momento antes de que se divulgue la información que solicite mediante un aviso de revocación por escrito como se especifica en el Aviso de Practicas de Privacidad.
- Si la información que se divulgara contiene información sobre el VIH/SIDA, se puede solicitar una divulgación adicional de información médica por HIPAA.
- Las notas de abuso de alcohol o sustancias, salud mental, o psiquiatría pueden tener requisitos de cumplimiento adicionales que deben cumplirse antes de que se pueda divulgar la información.
- *By signing this form, I am authorizing the use or disclosure of protected health information as indicated above.*
- *I may revoke this authorization at any time before the information I have requested is released by providing written notice of revocation as specified in the Notice of Privacy Practices.*
- *If the information to be released contains any information about HIV/AIDS, an additional HIPAA release of medical information may be requested.*
- *Alcohol or substance abuse, mental health or psychiatry notes may have additional compliance requirements that must be met before the information can be released.*

PREFERENCIAS DE COMUNICACIÓN

*(Indique todas las que apliquen)*

Leave message with **detailed info.**

Leave message with **call-back number only**

	Dejar mensaje <b>con información detallada</b>	Dejar mensaje con <b>numero para regresar llamada solamente</b>
Teléfono de Casa Home Phone	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Celular Cell Phone	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Teléfono de Trabajo Work Phone	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

\_\_\_\_\_  
FIRMA DE PACIENTE/REPRESENTANTE

NAME OF PATIENT/ REPRESENTATIVE

\_\_\_\_\_  
FECHA DE HOY

TODAY'S DATE

Si el paciente anotado arriba es un menor o no puede firmar y usted es uno de sus padres, guardián legal, o representante personal firmando por la paciente firma arriba y complete lo siguiente: *If the patient listed above is a minor or is unable to sign and you are a parent, legal guardian, or personal representative of the patient please sign the above and complete the following:*

\_\_\_\_\_  
RELACIÓN AL PACIENTE RELATION TO PATIENT



## RESPONSABILIDAD FINANCIERA DEL PACIENTE

Gracias por elegir North Texas Gynecologic Oncology para satisfacer sus necesidades de atención médica. Nuestros médicos y personal esperan brindarle una atención excelente y trabajaran arduamente para mantener la parte financiera de su visita clara, actualizada y concisa. Para comprender mejor como puede ayudarnos a lograr este objetivo, lea la información a continuación.

- 1. TARJETAS DE SEGURO MÉDICO:** Este preparada para mostrarle a la recepcionista su tarjeta de seguro actual cada vez que venga a nuestra oficina para que podamos verificar que nuestro sistema contiene información actualizada.
- 2. COPAGOS, DEDUCIBLES Y SALDO DE COSEGURO:** Muchas compañías de seguros requieren un copago por cada fecha de servicio. NTGO tiene una obligación contractual con su compañía de seguros de cobrar este copago. **Si su plan de seguro requiere que pague un copago, coseguro, o deducible, esté preparada para hacerlo al momento del servicio a menos que se hayan hecho otros arreglos.** Una vez que se presente su reclamo, la compañía de seguros pagara la parte del reclamo que están obligados contractualmente a pagar y el saldo será responsabilidad del asegurado. Recibirá un estado de cuenta mensual que muestra su saldo a partir de la fecha en que se imprimió. Si su próxima cita en nuestra oficina es anterior a la fecha de vencimiento, puede elegir pagar su saldo en nuestra oficina. Alternativamente, puede pagar su saldo enviándonos un cheque o usando la función en línea en *northtxgynonc.com*.
- 3. CAMBIOS A SU SEGURO MÉDICO:** Cambios a su seguro médico durante el año pueden suceder debido a empleadores cambiando de plan o empleados cambiando de empleo. **Si su seguro médico cambia o usted sabe que cambiara, notifique a nuestra oficina inmediatamente. En el evento de que este recibiendo quimioterapia, tenga en mente que una nueva compañía de seguro puede tomar algunas semanas para dar nueva aprobación a su tratamiento.** Si no se nos da suficiente tiempo de aviso sobre los cambios, podría haber un retraso en su tratamiento o usted podría ser financieramente responsable por los servicios no pagados.
- 4. COBRA:** Si usted pierde cobertura de su seguro médico y tiene planes de comenzar un plan de Ley de Reconciliación del Presupuesto Ómnibus (COBRA), por favor notifiquenos inmediatamente para evitar un retraso en sus citas de consulta, cirugía o tratamiento.
- 5. CORREO DEL SEGURO MÉDICO:** Información recibida por correo de su seguro médico debe de ser respondida rápida y completamente. La falta de respuesta a una consulta de seguro puede retrasar el pago de servicios. Si necesita ayuda para comprender o completar las consultas, solicite hablar con alguien en nuestra oficina de negocios.
- 6. Referencias y Autorizaciones:** Tenga en cuenta que su plan de seguro puede requerir una referencia o autorización automática para que podamos brindarle servicios. Si no nos proporciona la información antes de su cita, nuestra oficina no podrá enviar cobros a su compañía de seguros por los servicios prestados y usted será responsable de ellos.
- 7. PLANES DE PAGO:** Si usted no puede pagar su factura completa cada mes, se le podría aprobar un plan de pago. Si se determina que usted califica para un plan de pago, favor de honrar el acuerdo para evitar un posible retraso en sus visitas, cirugía, o tratamiento.
- 8. INFORMACIÓN DE MEDICARE DISPONIBLE:** Si usted es elegible para Medicare, o será elegible en el próximo año, favor de pedir informes en nuestra oficina de negocios sobre los beneficios de Medicare aun cuando usted o su pareja estén trabajando o tenga cobertura de un seguro médico comercial.
- 9. ABN:** En el evento que su seguro médico no cubra ciertos servicios recomendados por nuestros doctores, usted podría ser requerida a llenar un ABN (Aviso Anticipado al Beneficiario) y pagar el costo de estos.
- 10. ENTENDIENDO SU SEGURO MÉDICO:** Nuestra oficina de negocios trabajara diligentemente para hacer que la parte financiera de su tratamiento fluya sin problemas; sin embargo, es importante que usted, como paciente, entienda su póliza y cobertura porque los servicios no cubiertos por su seguro médico se convertirán en su responsabilidad financiera.
- 11. AUTO PAGÓ:** Los pacientes de auto pagó (sin seguro médico) deben estar preparados para pagar el monto total de la visita al consultorio, incluyendo cualquier servicio adicional practicado durante la visita, en el momento de la salida.
- 12. TARIFA POR SOBREGIRO:** Un cobro de \$25.00 será agregado a su balance por cualquier sobregiro recibido.
- 13. REMBOLSO:** Un reembolso es emitido cuando se identifica un sobrepago. Si usted siente que se le debe un reembolso, favor de contactar nuestra oficina.

*Al firmar la siguiente, yo indico que se me ha notificado de mis responsabilidades financieras.*

---

NOMBRE DE PACIENTE

---

FIRMA DE PACIENTE

---

FECHA

---

INICIALES DEL PERSONAL

---

FECHA