¡BIENVENIDO A cCARE!

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
Tf: 858.552.1410
Fax: 858.552.0929

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 require 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 proporcionarle 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, decucibles y los servicios médicos no cubiertos por su compania(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. Tomé 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, seran 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

MRN:

cCARE
CALIFORNIA CANCER ASSOCIATES
FOR RESEARCH & EXCELLENCE

FORMULARIO DE REGISTRO DE NUEVO PACIENTE

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 electronicos? ☐ 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:_____ Nº de tel:_____
Primary Care Physician: Phone#:

Médico referente (si es diferente):_____ Nº de tel:_____
Referring Physician (if different): Phone#:

Indique cualquier médico adicional que visite: (incluya el nº de tel):
Please list any additional physicians you see: (Include Phone#):

_____ Nº de tel:_____
Phone#:

_____ Nº de tel:_____
Phone#:

_____ Nº de tel:_____
Phone#:

_____ Nº de tel:_____
Phone#:

Iniciales del paciente_____
Patient Initials

MRN:

cCARE
CALIFORNIA CANCER ASSOCIATES
FOR RESEARCH & EXCELLENCE

FORMULARIO DE REGISTRO DE NUEVO PACIENTE

ESCRIBA CLARAMENTE

Nombre del paciente: _____
Patient Name:

Contacto para emergencias: _____
Emergency Contact Name:

Parentesco: _____ Nº 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: _____ Nº 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: _____ Nº 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

MRN:

cCARE
CALIFORNIA CANCER ASSOCIATES
FOR RESEARCH & EXCELLENCE

FORMULARIO DE REGISTRO DE NUEVO PACIENTE

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 de Diagnostico Date of Diagnosis		Fecha de Diagnostico Date of Diagnosis
☐ Enfermedad de Sangrado Bleeding Disorder	_____	☐ Piedras de Riñón Kidney Stones	_____
☐ VIH/ SIDA HIV/AIDS	_____	☐ Derrame Cerebral Stroke	_____
☐ Diabetes–Tipo I, Tipo II Diabetes-Type I, Type II	_____	☐ Convulsiones Seizures	_____
☐ Enfermedad de Tiroides Thyroid Disorder	_____	☐ Obesidad Obesity	_____
☐ Presión Arterial Alta High Blood Pressure	_____	☐ Artritis Arthritis	_____
☐ Colesterol Alto High Cholesterol	_____	☐ Alcoholismo Alcoholism	_____
☐ Problemas Cardiacos Heart Trouble	_____	☐ Reacción a Anestesia Reaction to Anesthetic	_____
☐ Allergy or Asthma Allergy or Asthma	_____	☐ Glaucoma Glaucoma	_____
☐ Cáncer Cancer	_____		

OTRAS ENFERMEDADES O PROBLEMAS MÉDICOS:

(Por favor lista los problemas médicos pasados y actuales que ha sido tratado por y el medico que lo atendió)

Enfermedad/ Problema Medico Illness / Medical Problem	Medico Physician

HISTORIAL DE CIRUGÍAS PASADAS:

(Por favor lista cualquier cirugía y/o procedimiento que haya tenido)

Cirugía/ Procedimiento Surgery / Procudure	Medico que Realizo Performing Physician

MEDICAMENTOS ACTUALES: (ADJUNTO UNA LISTA DE MEDICAMENTOS SI ES NECESARIO)

Nombre Name	Dosis/ Frecuencia Strength/Frequency	Recetante Prescriber

TODOS LES MEDICAMENTOS SIN RECETA INCLUYENDO VITAMINAS Y HIERBAS:

Farmacia _____ Pharmacy
Dirección _____ Address
Numero de Teléfono _____ Phone #

Iniciales del paciente _____
Patient Initials

MRN:

cCARE
CALIFORNIA CANCER ASSOCIATES FOR RESEARCH & EXCELLENCE

FORMULARIO DE REGISTRO DE NUEVO PACIENTE

ESCRIBA CLARAMENTE

Nombre del paciente:_____
Patient Name:

ALERGIAS Y SENSIBILIDAD:

(Lista de cualquier alergia a medicamentos o comida que haya tenido y como lo afectan.)

☐ Ninguna Alergia Conocida No know allergies ☐ Ninguna Alergia a Medicamentos No known drug allergies

Alergia Allergy	Reacción Reaction

HISTORIA MEDICA FAMILIAR:

Indique si cualquier mimbro de familia tiene cáncer de mama, ovario, pancreático, próstata, melanoma, colon, riñón o uterino, enfermedad de sangre u otra enfermedad.

	Edad Age	Enfermedad Disease	Si fallecido, causa de muerte If deceased, cause of death
Padre: Father:			
Madre: Mother:			
Hermanas/Hermanos: Sister/Brother:			
Hijas/ Hijos: Children:			
Tíos/ Tías: Aunts/Uncles:			
Abuelos Maternos: Maternal GP:			
Abuelos Paternos: Paternal GP:			

HISTORIA SOCIAL:

Peligros Laborales:

Cualquier peligro ocupacional (como ruido, exposición a químicos) ☐ Sí Yes ☐ No No Sí es si, que:_____
Any occupational hazards (like noise or chemicals) If yes, what:

Uso de Tabaco: (Presente y/o Pasado)

☐ Nunca fumo Never smoked

☐ Dejo de fumar Quit smoking ¿Cuándo? When _____ ¿Cuántos años fumo? How many years did you smoke? _____ Años yr(s) ¿Cuántos paquetes? How many packs _____/día /day

☐ Fuma actualmente Currently smoke ☐ Cigarrillos Cigarettes ☐ Pila Pipe ☐ Cigarros Cigars

☐ Cigarro Electrónico Electronic cigarettes ¿Cuántos paquetes? How many packs? _____/día /day ¿Cuántos años? How many years? _____

☐ Tabaco masticado Chewing tobacco ☐ Actualmente Current ☐ Pasado Past ¿Por cuánto tiempo? How long? _____

Uso de Alcohol: (Presente y/o Pasado)

☐ No Toma Non drinker

☐ Cerveza, cantidad de botellas Beer number of bottles _____ al ☐ Día Day ☐ Semana Week ☐ Mes Month

☐ Vino, cantidad de vasos Wine number of glasses _____ al ☐ Día Day ☐ Semana Week ☐ Mes Month

☐ Licor, cantidad de vasos Liquor number of glasses _____ al ☐ Día Day ☐ Semana Week ☐ Mes Month

Mujeres:

Edad de primer periodo Age at first period_____ Edad de último periodo Age at last period_____

Cantidad de embarazos # of pregnancies_____ Cantidad de partos vivos # of live births_____ Edad de primer embarazo Age at first pregnancy_____

☐ Método de anticonceptivo usado,_____ número de años Birth control use, # of years

☐ Reemplazo hormonal _____ número de años Hormonal replacement, # of years **Iniciales del paciente** _____
Patient Initials

MRN:

cCARE
CALIFORNIA CANCER ASSOCIATES
FOR RESEARCH & EXCELLENCE

FORMULARIO DE REGISTRO DE NUEVO PACIENTE

ESCRIBA CLARAMENTE

Nombre del paciente:_____
Patient Name:

HISTORIAL NUTRICIONAL:

¿Ha habido cambio en su apetito en los últimos 6 meses? ☐ Sí Yes ☐ No No
¿Ha subido o perdido (mas de 10 libras) en un mes sin tratar de hacerlo? ☐ Sí Yes ☐ No No
¿Si es si cuanto ha subido o bajado? If yes how much gain or loss? _____
¿Esta contento con su peso? ☐ Sí Yes ☐ No No
¿Si es no, está a dieta o programa de ejercicio? ☐ Sí Yes ☐ No No
Para mujer: ¿Esta tomando calcio extra? ☐ Sí Yes ☐ No No

REVISIÓN DE SISTEMAS: (Por favor marque cualquier síntoma **ACTUAL** que tenga.)

Síntomas Constituciones

- ☐ No Fatiga No Fatigue
- ☐ No Fiebre No Fever
- ☐ No Resfriado No Chills
- ☐ No Pérdida de Peso No Weight Loss
- ☐ No Sudor Nocturno No Night Sweats
- ☐ No Debilidad en General No Generalized Weakness
- ☐ Apetito Bueno Appetite Good
- ☐ No Alteración de Sueno No Sleep Disturbance
- ☐ No Sofocos No Hot Flashes

- ☐ Fatiga Fatigue
- ☐ Fiebre Fever
- ☐ Resfriado Chills
- ☐ No Cambio/ Estable Peso No Weight Change/Stable — Pérdida de peso Weight Loss ____Libras
- ☐ Sudor Nocturno Night Sweats
- ☐ Debilidad General Generalized Weakness
- ☐ Apetito Bien Appetite Fair — ☐ Mal Apetito Appetite Poor
- ☐ Alteración de Sueno Sleep Disturbance
- ☐ Sofocos Hot Flashes

OONG (Ojos, Oídos, Nariz y Garganta)

- ☐ No Visión Borrosa No Blurred Vision
- ☐ No Visión Doble No Double Vision
- ☐ No Sensibilidad a la Luz No Sensitivity to Light
- ☐ No Resequedad de Ojos No Dry Eyes
- ☐ No Lagrimeo Excesivo No Excessive Tearing
- ☐ No Pérdida de Audición No Hearing Loss
- ☐ No Zumbido de Oídos No Ringing in Ears
- ☐ No Ulceras en la Boca No Mouth Sores
- ☐ No Resequedad de Boca No Dry Mouth
- ☐ No Alteración de Sabor No Altered Taste
- ☐ No Sensibilidad de Sinus No Sinus Tenderness
- ☐ No Sangrado de Nariz No Nosebleeds
- ☐ No Ronquera No Hoarsness

- ☐ Visión Borrosa Blurred Vision
- ☐ Visión Doble Double Vision
- ☐ Sensibilidad a la Luz Sensitivity to Light
- ☐ Resequedad de Ojos Dry Eyes
- ☐ Lagrimeo Excesivo Excessive Tearing
- ☐ Pérdida de Audición Hearing Loss
- ☐ Zumbido de Oídos Ringing in Ears
- ☐ Ulceras en la Boca Mouth Sores
- ☐ Resequedad de Boca Dry Mouth
- ☐ Alteración de Sabor Altered Taste
- ☐ Sensibilidad de Sinus Sinus Tenderness
- ☐ Sangrado de Nariz Nosebleeds
- ☐ Ronquera Hoarsness

Respiratorio

- ☐ No Respira con Dificultad No Difficulty Breathing
- ☐ No Sibilancias No Wheezing
- ☐ No Toz No Cough
- ☐ No Hemoptisis No Hemoptysis

- ☐ Dificultad para respirar descansando Shortness of Breath at Rest — ☐ Dificultad para respirar con esfuerzo Shortness of Breath with Exertion
- ☐ Sibilancias Wheezing
- ☐ Toz Seca Dry Cough — ☐ Tos Productiva Productive Cough
- ☐ Toz Con Sangre Coughing up blood

Cardiovascular

- ☐ No Dolor de Pecho No Chest Pain
- ☐ No Palpitaciones No Papitations
- ☐ No Hinchazón No Swelling

- ☐ Dolor de Pecho Chest Pain
- ☐ Palpitaciones Papitations
- ☐ Hinchazón Swelling

CONTINUAR REVISIÓN DE SISTEMAS AL LADO REVERSO

Iniciales del paciente _____
Patient Initials

MRN:

cCARE
CALIFORNIA CANCER ASSOCIATES
FOR RESEARCH & EXCELLENCE

FORMULARIO DE REGISTRO DE NUEVO PACIENTE

ESCRIBA CLARAMENTE

Nombre del paciente: _____
Patient Name:

REVISIÓN DE SISTEMAS CONTINUADO: (Por favor marque cualquier síntoma **ACTUAL**.)

Gastrointestinal

- ☐ No Nausea No Nausea
- ☐ No Vomito No Vomiting
- ☐ No Dificultad para tragar No Difficulty Swallowing
- ☐ No Acidez No Heartburn
- ☐ No Dolor Abdominal No Abdominal Pain
- ☐ No Diarrea No Diarrhea
- ☐ No Estreñimiento No Constipation
- ☐ Nausea Nausea
- ☐ Vomito Vomiting
- ☐ Dificultad para Tragar Difficulty Swallowing
- ☐ Acidez Heartburn
- ☐ Dolor Abdominal Abdominal Pain
- ☐ Diarrea Diarrhea
- ☐ Estreñimiento Constipation

Genitourinario

- ☐ No Hematuria No Hemaruria
- ☐ No Dolor al Orinar No Pain with Urination
- ☐ No Urgencia No Urgency
- ☐ No Incontinencia No Incontinence
- ☐ No Orina durante la noche No Urination during night
- ☐ No Vacilación No Hesitancy
- ☐ Hematuria Hemaruria
- ☐ Dolor al Orinar Pain with Urination
- ☐ Urgencia Urgency
- ☐ Incontinencia Incontinence
- ☐ Orina durante la noche Urination during night
- ☐ Vacilación Hesitancy

Musculoeskeletal

- ☐ No Dolor de Hueso No Back Pain
- ☐ No Dolor de Musculo No Muscle Pain
- ☐ No Dolor de Espalda No Back Pain
- ☐ No Hinchazón de Coyunturas No Joint Pain
- ☐ No Inflamación de articulaciones No Joint Swelling
- ☐ No Limite a Rango de Movimiento No Limited Range of Motion
- ☐ Dolor de Hueso Back Pain
- ☐ Dolor de Musculo Muscle Pain
- ☐ Dolor de Espalda Back Pain
- ☐ Hinchazón de Coyunturas Joint Pain
- ☐ Inflamación de articulaciones Joint Swelling
- ☐ Limite a Rango de Movimiento Limited Range of Motion

Integumentario (Piel)

- ☐ No Erupción No Rash
- ☐ No Comezón No Itching
- ☐ No lesión de Piel No Skin Lesions
- ☐ Erupción Rash
- ☐ Comezón Itching
- ☐ Lesión de Piel Skin Lesions

Neurológico

- ☐ No Dolor de Cabeza No Headache
- ☐ No Debilidad Focal No Focal Weakness
- ☐ No Parálisis No Paralysis
- ☐ No Neuropatía No Neuropathy
- ☐ No Convulsiones No Seizures
- ☐ No Discapacidad para Hablar No Speech Impairment
- ☐ No Temblor No Tremor
- ☐ No Conciencia Alterada No Altered Conciousness
- ☐ Dolor de Cabeza Headache
- ☐ Debilidad Focal Focal Weakness
- ☐ Parálisis Paralysis
- ☐ Neuropatía Neuropathy
- ☐ Convulsiones Seizures
- ☐ Discapacidad para Hablar Speech Impairment
- ☐ Temblor Tremor
- ☐ Conciencia Alterada Altered Conciousness

Hematológico

- ☐ No Sangrado o Hematomas Excesivos o Espontaneo
  No Excessive or Spontaneous Bleeding or Bruising
- ☐ Sangrado o Hematomas Excesivos o Espontaneo
  Excessive or Spontaneous Bleeding or Bruising

Salud Mental

- ☐ No Ansiedad No Anxiety
- ☐ No Depresión No Depression
- ☐ No Insomnio No Insomnia
- ☐ No Enfermedad de Pánico No Panic Disorder
- ☐ Ansiedad Anxiety
- ☐ Depresión Depression
- ☐ Insomnio Insomnia
- ☐ Enfermedad de Pánico Panic Disorder

Historial Sexual

- ☐ Reportes de Abuso Sexual

Mama

- ☐ No Descarga de Pezón
  No Nipple Discharge
- ☐ Descarga de Pezón
  Nipple Discharge
- ☐ No Masa
  No Mass
- ☐ Masa
  Mass
- ☐ No Dolor
  No Pain
- ☐ Dolor
  Pain
- ☐ No Inversión de Pezón
  No Nipple Inversion
- ☐ Inversión de Pezón
  Nipple Inversion
- ☐ No Cambios de Piel
  No Skin Charges
- ☐ Cambios de Piel
  Skin Changes
- ☐ No Masa Axilar
  No Axillary Mass
- ☐ Masa Axilar
  Axillary Mass

Iniciales del paciente _____
Patient Initials

MRN:

cCARE
CALIFORNIA CANCER ASSOCIATES
FOR RESEARCH & EXCELLENCE

GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN SANITARIA

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:

☐ **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
Tf: 858.552.1410
Fax: 858.552.0929

☐ **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
Tf: 760.747.8935
Fax: 760.747.7951

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

TIPO DE REGISTRO:

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

MRN:

cCARE
CALIFORNIA CANCER ASSOCIATES
FOR RESEARCH & EXCELLENCE

AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA

RESTRICCIONES/DURACIÓN/DERECHOS

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: _____ **FECHA:** _____
(Paciente/representante legal/tutor Patient/Legal Representative/Guardian) 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: _____ Fecha: _____
(Physician/Psychologist/Social Worker Physician/Psychologist/Social Worker) 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: _____ Fecha: _____
Interpreter's name: 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

MRN:

cCARE
CALIFORNIA CANCER ASSOCIATES
FOR RESEARCH & EXCELLENCE

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

MRN:

cCARE
CALIFORNIA CANCER ASSOCIATES
FOR RESEARCH & EXCELLENCE

CONFIRMACIÓN DE LA RECEPCIÓN DE LA NOTIFICACIÓN DE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Y AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA (IMP)

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 NAME	PARENTESCO RELATIONSHIP	TELÉFONO DE CASA HOME PHONE	CELULAR CELL PHONE

¿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: _____

MRN:

cCARE
CALIFORNIA CANCER ASSOCIATES
FOR RESEARCH & EXCELLENCE

POLÍTICA DE PAGO DE PACIENTE

Estimado Paciente,

Gracias por elegir cCARE como su proveedor de salud. Estamos comprometidos en proveerle con cuidado de salud de calidad. Hemos desarrollado una política de pago para ayudar a comprender su responsabilidad y la de su proveedor de aseguranza (si es aplicable). Por favor lea la política y firme en el espacio proveído. Una copia será proporcionada a usted a petición. Si usted tiene preguntas, por favor déjenos saber.

1. **Aseguranza.** Su política de aseguranza es un acuerdo entre usted y su compañía de aseguranza. Nosotros no somos parte de su contrato. Como cortesía, nosotros facturaremos a su plan de aseguranza por usted, si usted nos proporciona información correcta. Por favor contacte a su compañía de aseguranza con cualquier pregunta que usted pueda tener acerca de cobertura.
   a. Aseguranzas No Contratadas: si no estamos contratados con su compañía de aseguranza, por favor tenga en cuenta que sus gastos de su-bolsillo puede ser mas grandes que lo originalmente anticipado. Nosotros le daremos un estimado del costo, pero la cantidad final debida será determinada por el reembolso de su compañía de aseguranza.
2. **Servicios No Cubiertos.** Por favor tenga en cuenta que algunos servicios que usted reciba pueden no estar cubiertos o pueden ser considerados no razonables o necesarios por Medicare o otra aseguranza.
3. **Proceso de Reclamos.** Nosotros someteremos sus reclamos y asistiremos en cualquier manera razonable para ayudar en pagar sus reclamos. Su compañía de aseguranza puede necesitar cierta información directamente. También es su responsabilidad si su compañía de aseguranza paga o no su reclamo.
4. **Comprobante de Aseguranza.** Todos los pacientes deben completar una forma de información de paciente antes de ver al médico. Nosotros pediremos una copia de su tarjeta de aseguranza valida como comprobante de aseguranza.
5. **Cambios de Cobertura.** Si su aseguranza cambia, por favor notifique a nuestra oficina inmediatamente para que podamos hacer los cambios apropiados para su información de facturación. Si usted no nos provee la información correcta de aseguranza apropiadamente, usted será responsable for los cargos incurridos.
6. **Co-Pagos. Todos los co-pagos deben de ser pagados al momento del servicio.** Este arreglo es parte de su contrato con su compañía de aseguranza.
7. **No-Pago.** Por favor este consiente que si usted faya en pagar su porción de la factura, nosotros referiremos su cuenta a una agencia de colección y usted puede ser dado de baja de esta práctica.
8. **Política de Citas Falladas.** Nuestra política es cobrar una cuota de evaluación a pacientes que faltan a sus citas, o cual cancelan su cita con un aviso menos de 24 horas.
   Cuota: $50.00 cuota por visita de oficina fallada.
   $100.00 cuota por visita de procedimiento.
   $150.00 cuota por visita fallada de Escaneo de Tomografía por Emisión de Positrones.
   Estos cargos serán su responsabilidad y facturados directamente a usted. Su compañía de aseguranza no los pagara. Por favor ayúdenos a servirle mejor manteniendo sus citas programadas.
1. **Pago.** Para su conveniencia, cCARE acepta cheques y tarjetas de crédito. Aceptamos Visa, Master Card y American Express.
2. **Consejero Financiero.** Tenemos un consejero financiero como un recurso para nuestros pacientes.

Yo he leído y comprendo la política de pago y estoy de acuerdo en obedecer estas directrices. Yo entiendo que soy responsable por cualquier porción de mi factura no cubierta por mi compañía de aseguranza.

Firma de Paciente o Personal Responsable Signature of Patient or Responsible Party	Fecha Date
Nombre Imprimido Print Name	Relación al Paciente Relationship to Patient

MRN:

cCARE
CALIFORNIA CANCER ASSOCIATES
FOR RESEARCH & EXCELLENCE

POLÍTICA DE NO PRESENTARSE / LLEGAR TARDE & POLÍTICA DE COMUNICACIÓN ELECTRÓNICA

En el esfuerzo de maximizar el tiempo que su medico este con usted y minimizar el tiempo de espera, hemos hecho cambios a nuestra Política de No-Presentarse y Llegar Tarde.

POLÍTICA DE NO PRESENTARSE

En Efecto Abril 1, 2018, implementaremos una política de "no-presentarse" cual afectara a todos los pacientes que no mantengan su cita programada o cancelen su cita con un aviso menos de 24 horas.

- Primera ocurrencia – Paciente/ Padre recibirá una carta con la advertencia de nuestra política.
- Segunda ocurrencia – Paciente/ Padre recibirá una segunda carta y una cuota de $50.00 por no presentarse a su evaluación de visita de oficina y una cuota de $100.00 por no presentarse para su visita de evaluación de procedimiento.
- Tercer y Ocurrencias Subsiguientes – Pueden resultar en cuotas adicionales de $100.00 por no presentarse.

POLÍTICA DE LLEGAR TARDE

Pacientes que lleguen mas de 10 minutos tarde para una visita programada o cita de procedimiento serán programados para otro día.

COMUNICACIÓN ELECTRÓNICA

Para su conveniencia nuestra oficina se comunica por diferentes métodos electrónicos incluyendo nuestro portal de paciente seguro, teléfono, y mensajes de texto para recordatorios de citas.

Por favor marque abajo si usted NO quiere ser contactado por cCARE en cualquiera de los siguientes métodos de comunicación: Please check below if you do NOT want to be contacted by cCARE in any of the following methods of communication:

☐ Teléfono Celular (Cell Phone) ☐ Mensaje de Texto (Text Message) ☐ Teléfono de Casa (Home Phone)

☐ Correo Electrónico Seguro (Secure Email) ☐ Portal de Paciente En Línea (Online Patient Portal)

¿Esta bien dejar un mensaje detallado en su correo de voz? (Is it okay to leave a detailed message on your voicemail?) ☐ Sí (Yes) ☐ No (No)

Firma de paciente o Representante
Signature of Patient or Representative

Fecha
Date