Pacific Cancer Care
Advanced Treatment. Personalized Care.

Información del Paciente

N.º DE CUENTA

FECHA

PACIENTE

NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE | APELLIDO

FECHA DE NAC. | EDAD | SEXO | RAZA | ESTADO CIVIL | N.º DE SEGURO SOCIAL

DIRECCIÓN FÍSICA

DIRECCIÓN POSTAL

TELÉFONO DE CASA | CELULAR | TRABAJO | CORREO ELECTRÓNICO

EMPLEO Y REMISIÓN

SITUACIÓN LABORAL ACTUAL | EMPLEADOR

DIRECCIÓN DEL EMPLEADOR | CIUDAD | CÓDIGO POSTAL

NOMBRE DEL MÉDICO O PERSONA QUE LO REMITIÓ AL DR.

CONTACTOS DE EMERGENCIA

1. NOMBRE | PARENTESCO | TELÉFONO

2. NOMBRE | PARENTESCO | TELÉFONO

DIRECTIVAS ANTICIPADAS

Testamento vital ☐ Sí ☐ No **Poder notarial duradero** ☐ Sí ☐ No

DNR (no resucitar) ☐ Sí ☐ No **¡Por favor traiga una copia!**

Monterey *Oncología y Hematología*
5 Harris Court, Bldg. T, Suite 201
Monterey, CA 93940
T (831) 375-4105 · F (831) 372-5722

Los Gatos *Radioterapia y Oncología*
15400 National Ave., Los Gatos, CA 95032
Radioterapia: Ste. 100 · T (408) 358-8400
Oncología: Ste. 201 · T (408) 358-8415

Gilroy *Oncología Médica*
8060 Santa Teresa Blvd, Suite 100
Gilroy, CA 95020
T (408) 665-3283 · F (408) 358-8438

Doy permiso a Pacific Cancer Care para obtener electrónicamente mi historial de medicamentos

☐ Sí ☐ No

INFORMACIÓN DEL SEGURO

Necesitaremos sus tarjetas actuales de seguro médico y de recetas, y su licencia de conducir. Por favor entréguelas a la recepcionista para hacer copias.

Seguro Primario

COMPAÑÍA

DIRECCIÓN DE LA COMPAÑÍA

N.º DE MIEMBRO | N.º DE GRUPO

Titular ☐ Usted mismo ☐ Cónyuge ☐ Tutor

NOMBRE DEL TITULAR | FECHA DE NAC.

DIRECCIÓN DEL TITULAR

Seguro Secundario

COMPAÑÍA

DIRECCIÓN DE LA COMPAÑÍA

N.º DE MIEMBRO | N.º DE GRUPO

Titular ☐ Usted mismo ☐ Cónyuge ☐ Tutor

NOMBRE DEL TITULAR | FECHA DE NAC.

DIRECCIÓN DEL TITULAR

CONSENTIMIENTOS DE COMUNICACIÓN Y CONSULTA

Es nuestra práctica habitual inscribir a todos los pacientes en programas de asistencia. Al firmar a continuación, usted autoriza a nuestra oficina a firmar y enviar electrónicamente su solicitud de asistencia.

Mensajes de Texto y Correo Electrónico

Para brindar a nuestros pacientes la mejor atención posible, ocasionalmente enviamos mensajes de texto y correos electrónicos relevantes y convenientes. Pueden aplicarse tarifas de mensajes y datos. Responda STOP en cualquier momento para dejar de recibirlos.

☐ Doy mi consentimiento para que Pacific Cancer Care se comunique conmigo por correo electrónico y mensaje de texto.

☐ No doy mi consentimiento para que Pacific Cancer Care se comunique conmigo por correo electrónico y mensaje de texto.

Documentación Médica con DeepScribe

Para ayudar a su proveedor a concentrarse en usted durante su consulta, Pacific Cancer Care utiliza DeepScribe como apoyo en la documentación médica. Si decide participar, DeepScribe capturará y procesará de forma segura la información conversada durante su cita para que su proveedor pueda revisar y finalizar su expediente médico.

☐ He leído la información anterior y doy mi consentimiento para el uso de DeepScribe durante mi consulta.

☐ No doy mi consentimiento para el uso de DeepScribe durante mi consulta.

CERTIFICACIÓN DEL PACIENTE

Yo, el paciente o garante, certifico que la información de este formulario es verdadera a mi leal saber y entender. Acepto la responsabilidad por los cargos médicos en que incurra yo/el paciente y acepto pagar mis copagos y deducibles en el momento del servicio. Autorizo al médico y a la clínica a divulgar cualquier información médica necesaria para procesar reclamaciones. También autorizo que mis reclamaciones de seguro/Beneficios Médicos se paguen directamente a Pacific Cancer Care. En caso de que se niegue mi reclamación médica, autorizo a Pacific Cancer Care a iniciar y presentar una queja ante el comisionado de seguros.

FIRMA DEL PACIENTE	FECHA	INICIALES DEL REP.

Pacific Cancer Care
Advanced Treatment. Personalized Care.

Autorización para el Uso o Divulgación de Información de Salud Protegida

Oficial de Privacidad: Nicole Billingsley · (831) 375-4105

NOMBRE DEL PACIENTE | FECHA DE NAC.

Por medio de la presente autorizo el uso o la divulgación de la Información de Salud Protegida descrita a continuación, para ser proporcionada a u obtenida por las siguientes personas:

FAMILIARES O PERSONAS A QUIENES PODEMOS DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

	NOMBRE	PARENTESCO	TELÉFONO
1.			
2.			
3.			

INFORMACIÓN DE SALUD QUE SE USARÁ O DIVULGARÁ (marque todo lo que solicita)

☐ **Conversación verbal** sobre toda mi información de salud, incluidos, entre otros, mi diagnóstico, informes de laboratorio, resultados de pruebas y evaluaciones, estado de salud del tratamiento y recetas.

☐ **Copias impresas** de toda mi información de salud, incluidos, entre otros, mi diagnóstico, informes de laboratorio, resultados de pruebas y evaluaciones, estado de salud del tratamiento y recetas.

ENTIENDO QUE

- Puedo revocar esta autorización en cualquier momento, por escrito, excepto que la revocación no se aplicará a la información ya retenida, usada o divulgada en respuesta a esta autorización. Puedo revocar este documento presentando mi revocación por escrito según se indica en el Aviso de Derechos de Privacidad.
- Libero a las entidades mencionadas anteriormente, sus agentes y empleados de toda responsabilidad relacionada con el uso o la divulgación de la información de salud protegida. La entidad autorizada a divulgar la información no recibirá compensación del destinatario por dicha divulgación. Pueden aplicarse cargos habituales, como cargos por copias.

- La información usada o divulgada conforme a esta autorización puede ser divulgada nuevamente por el destinatario y dejar de estar protegida por la ley federal. Sin embargo, es posible que al destinatario se le prohíba divulgar información sobre abuso de sustancias según los Requisitos Federales de Confidencialidad sobre el Abuso de Sustancias.
- Tengo derecho a inspeccionar la información de salud que se divulgará, a menos que la ley lo prohíba, y puedo negarme a firmar esta autorización.
- A menos que el propósito de esta autorización sea determinar el pago de una reclamación de beneficios, la entidad solicitante no condicionará la prestación de tratamiento, el pago, la inscripción en un plan de salud ni la elegibilidad para beneficios a la obtención de esta autorización.
- HIPAA permite a Pacific Cancer Care usar y proporcionar a terceros datos de su expediente médico sin identificación personal para procesos de mejora clínica.

Entiendo que mi información médica puede indicar que tengo una enfermedad contagiosa o venérea, que puede incluir, entre otras, enfermedades como hepatitis, sífilis, gonorrea y el virus de inmunodeficiencia humana, también conocido como Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA). Además, entiendo que mi información médica puede indicar que tengo o he recibido tratamiento por afecciones psicológicas o psiquiátricas o por abuso de sustancias.

FIRMA DEL PACIENTE _____ FECHA _____

FIRMA DEL REPRESENTANTE PERSONAL _____ FECHA _____

DESCRIPCIÓN DE LA AUTORIDAD DEL REPRESENTANTE PARA ACTUAR EN NOMBRE DEL PACIENTE _____

Este formulario reemplaza cualquier documento de HIPAA firmado anteriormente.

Aviso de Derechos: La información en sus expedientes médicos de que usted tiene o puede tener una enfermedad contagiosa o venérea es confidencial por ley y no puede divulgarse sin su permiso, excepto en circunstancias limitadas, incluida la divulgación a personas que hayan tenido exposiciones de riesgo, la divulgación conforme a una orden judicial del Departamento de Salud, la divulgación entre proveedores de atención médica o con fines estadísticos o epidemiológicos. Cuando se divulgue dicha información, no podrá contener información que permita identificarlo, a menos que la divulgación de esa información de identificación sea autorizada por usted, por una orden judicial o del Departamento de Salud, o por la ley.

PROCESADO POR (NOMBRE EN LETRA DE MOLDE Y DEPARTAMENTO) _____

Rev. 11-2025

Este aviso describe cómo se puede usar y divulgar su información médica y cómo puede usted obtener acceso a esta información. Por favor revíselo con atención. La privacidad de su información médica es importante para nosotros.

Nuestra Obligación Legal

Las leyes federales y estatales aplicables nos exigen mantener la privacidad de su información médica. También estamos obligados a entregarle este aviso sobre nuestras prácticas de privacidad, nuestras obligaciones legales y sus derechos con respecto a su información médica. Debemos seguir las prácticas de privacidad descritas en este aviso mientras esté vigente. Este aviso se actualizó con vigencia a partir del 1 de agosto de 2009 y permanecerá vigente a menos que lo reemplacemos.

Nos reservamos el derecho de cambiar nuestras prácticas de privacidad y los términos de este aviso en cualquier momento, siempre que dichos cambios estén permitidos por la ley aplicable. Nos reservamos el derecho de hacer que los cambios en nuestras prácticas de privacidad y los nuevos términos de nuestro aviso entren en vigor para toda la información médica que mantenemos, incluida la información médica que creamos o recibimos antes de realizar los cambios. Antes de hacer un cambio significativo en nuestras prácticas de privacidad, modificaremos este aviso, publicaremos el aviso revisado en cada uno de nuestros centros de servicio y pondremos el nuevo aviso a disposición de nuestros pacientes y de otras personas que lo soliciten.

Puede solicitar una copia de nuestro aviso en cualquier momento. Para obtener más información sobre nuestras prácticas de privacidad, o para obtener copias adicionales de este aviso, comuníquese con nosotros usando la información que aparece al final de este aviso.

Usos y Divulgaciones de Información Médica

Tratamiento: Podemos usar su información médica, sin su permiso, para tratarlo. Podemos divulgar su información médica, sin su permiso, a un médico u otro proveedor de atención médica para su tratamiento. Cuando lo trasladamos a un hospital, podemos divulgar su información de salud con fines de tratamiento.

Pago: Podemos usar y divulgar su información médica, sin su permiso, para obtener o proporcionar el reembolso por la atención médica que le brindamos. Si facturamos a Medicaid o Medicare para obtener un reembolso, presentaremos una reclamación electrónica que incluye su nombre y otra información personal.

Operaciones de Atención Médica: Podemos usar y divulgar su información médica para ciertos servicios de nuestras operaciones de atención médica. Las operaciones de atención médica incluyen:

- actividades de evaluación y mejora de la calidad de la atención médica;
- revisión y evaluación del desempeño, las calificaciones y la competencia de los proveedores de atención médica y de los planes de salud, programas de capacitación en atención médica, y actividades de acreditación, certificación, licenciamiento y credencialización de proveedores de atención médica y planes de salud;
- realización o coordinación de revisiones médicas, auditorías y servicios legales, incluida la detección y prevención de fraude y abuso; y
- planificación, desarrollo, gestión y administración general del negocio, incluido el servicio al cliente, la eliminación de datos de identificación de la información médica y la creación de conjuntos limitados de datos para operaciones de atención médica, actividades de salud pública e investigación.

Su Autorización: Usted puede darnos una autorización por escrito para usar su información médica o divulgarla a cualquier persona para cualquier propósito. Si nos da una autorización, puede revocarla por escrito en cualquier momento. Su revocación no afectará ningún uso o divulgación permitidos por su autorización mientras estuvo vigente. A menos que nos dé una autorización por escrito, no usaremos ni divulgaremos su información médica para ningún propósito distinto de los descritos en este aviso.

Contacto con el Paciente: Podemos usar su información médica para comunicarnos con usted o con su representante autorizado por teléfono o correo postal para hablar sobre información de facturación o de citas. Si usted no está disponible, podemos dejar esta información en su contestadora.

Actividades de Salud Pública y de Beneficio: Podemos usar y divulgar su información médica, sin su permiso, cuando la ley lo exija y en las siguientes situaciones:

- para fines de salud pública, incluido informar sobre enfermedades contagiosas, abuso infantil y abuso, negligencia o violencia doméstica contra adultos;
- para evitar una amenaza grave e inminente para la salud o la seguridad;
- para la supervisión de la atención médica, como las actividades de las autoridades estatales de licencias y de revisión por pares, y de las agencias de prevención de fraude;
- a médicos forenses, examinadores médicos y directores de funerarias;
- según lo autoricen las leyes estatales de compensación laboral;
- en respuesta a órdenes judiciales y ciertas órdenes administrativas y otros procesos legales;

- a funcionarios encargados de hacer cumplir la ley con respecto a víctimas de delitos, delitos cometidos en nuestras instalaciones, denuncia de delitos en emergencias, y la identificación o ubicación de sospechosos u otras personas;
- a las fuerzas armadas, a funcionarios federales para actividades legítimas de inteligencia, contrainteligencia y seguridad nacional, y a instituciones correccionales y agentes del orden con respecto a personas bajo custodia legal.

Es posible que pueda excluirse del uso o la divulgación de su información médica conforme a una solicitud por escrito de una agencia gubernamental, a menos que la ley exija la divulgación.

No podemos divulgar resultados de pruebas de VIH, cierta información médica confidencial ni expedientes de tratamiento de salud mental para algunos de estos propósitos sin su permiso por escrito, a menos que la ley lo exija. Los resultados de sus pruebas de VIH, si los hubiera, pueden divulgarse según lo establecido en el Código de California §121015(b).

Derechos Individuales

Información de Contacto: Si tiene alguna pregunta sobre sus derechos según este aviso de privacidad, comuníquese con el Oficial de Privacidad. La información de contacto específica se encuentra al final de este aviso.

Formularios: Puede obtener del Oficial de Privacidad los formularios necesarios para ejercer sus derechos. La información de contacto específica se encuentra al final de este aviso.

Acceso: Usted tiene derecho a examinar y recibir una copia de su información médica, con excepciones limitadas. Debe presentar una solicitud por escrito para obtener acceso a su información médica.

Podemos cobrarle cargos razonables basados en el costo por una copia de su información médica, por enviarle la copia por correo y por preparar cualquier resumen o explicación de su información médica que usted solicite. Comuníquese con nosotros usando la información al final de este aviso para conocer nuestras tarifas.

Registro de Divulgaciones: Usted tiene derecho a una lista de las ocasiones en que divulgamos su información médica para fines distintos del tratamiento, el pago, las operaciones de atención médica, los autorizados por usted y ciertas otras actividades.

Dentro de los 60 días siguientes a su solicitud, le proporcionaremos información sobre cada divulgación registrable que hayamos realizado durante el período que usted solicite, excepto que no estamos obligados a registrar una divulgación ocurrida más de 6 años antes de la fecha de su solicitud.

Enmienda: Usted tiene derecho a solicitar que enmendemos su información médica y sus expedientes de tratamiento de salud mental. Su solicitud debe hacerse por escrito y debe explicar por qué debe enmendarse la información.

Podemos negar su solicitud por razones específicas. Si negamos su solicitud, le daremos una explicación por escrito. Si aceptamos su solicitud, incluiremos su enmienda en su información médica y haremos esfuerzos razonables para informar sobre la enmienda a otras personas que sabemos que pueden tener la información sin enmendar y basarse en ella en su perjuicio, así como a las personas que usted desee que reciban la enmienda.

Restricción: Usted tiene derecho a solicitar que restrinjamos el uso o la divulgación de su información médica para tratamiento, pago u operaciones de atención médica, o con familiares, amigos u otras personas que usted identifique. No estamos obligados a aceptar su solicitud. Si la aceptamos, cumpliremos nuestro acuerdo, excepto en una emergencia médica o según lo exija o autorice la ley.

Comunicaciones Confidenciales: Usted tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted sobre su información médica de manera confidencial por medios alternativos o en lugares alternativos que usted especifique. Debe presentar su solicitud por escrito al contacto que aparece al final de este aviso. Puede obtener de ese contacto un formulario para hacer su solicitud.

Atenderemos su solicitud si es razonable y especifica el medio o el lugar alternativo para la comunicación confidencial. No le pediremos que explique el motivo de su solicitud.

Aviso Electrónico: Si recibe este aviso en nuestro sitio web o por correo electrónico, tiene derecho a recibir este aviso en forma escrita.

Preguntas y Quejas

Si desea más información sobre nuestras prácticas de privacidad o tiene preguntas o inquietudes, comuníquese con el Oficial de Privacidad usando la información que aparece al final de este aviso.

Si le preocupa que hayamos violado sus derechos de privacidad, o si no está de acuerdo con una decisión que tomamos sobre el acceso a su información médica, en respuesta a una solicitud que usted hizo para enmendar o restringir el uso o la divulgación de su información médica, o para comunicarnos con usted de manera confidencial sobre ella, puede presentarnos una queja usando la información de contacto que aparece al final de este aviso.

También puede presentar una queja por escrito ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. Puede comunicarse con la línea directa de la Oficina de Derechos Civiles al 1-800-368-1019. Apoyamos su derecho a la privacidad de su información médica. No tomaremos ningún tipo de represalia

si decide presentar una queja ante nosotros o ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU.

Información de Contacto

Oficial de Privacidad, Pacific Cancer Care, 5 Harris Court, Bldg. T, 2nd Floor, Monterey, CA 93940 · (831) 375-4105

Acuse de Recibo del Aviso de Prácticas de Privacidad

Según las leyes federales de privacidad, estamos obligados a proporcionarle nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad. Este Aviso ofrece información sobre cómo podemos usar y divulgar su información de salud protegida. Usted no está obligado a firmar ni a devolver un acuse de recibo. Nosotros estamos obligados a entregarle este Aviso. Si desea confirmar que recibió este Aviso, firme el formulario de acuse de recibo y devuélvalo a: Privacy Officer, Pacific Cancer Care, 5 Harris Court, Bldg. T, 2nd Floor, Monterey, CA 93940. Si tiene alguna pregunta sobre este acuse de recibo, comuníquese con el Oficial de Privacidad indicado arriba.

Acuse de Recibo

Aviso de Prácticas de Privacidad
Oficial de Privacidad · (831) 375-4105

Al firmar este formulario, usted confirma que recibió el "Aviso de Prácticas de Privacidad" de Pacific Cancer Care. Nuestro "Aviso de Prácticas de Privacidad" ofrece información sobre cómo podemos usar y divulgar su Información de Salud Protegida. Le recomendamos leerlo completo. Nuestro "Aviso de Prácticas de Privacidad" está sujeto a cambios. Si cambiamos nuestro aviso, puede obtener una copia del aviso revisado comunicándose con nuestra organización al (831) 375-4105. Si tiene alguna pregunta sobre nuestro "Aviso de Prácticas de Privacidad", comuníquese con nuestro Oficial de Privacidad.

Por medio de la presente confirmo que recibí una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de Pacific Cancer Care.

FIRMA (PACIENTE / REPRESENTANTE LEGAL)

FECHA

NOMBRE EN LETRA DE MOLDE

TELÉFONO

SI LO FIRMA UNA PERSONA DISTINTA DEL PACIENTE, INDIQUE EL PARENTESCO

- ☐ Padre, madre o tutor de un paciente menor de edad
- ☐ Tutor o curador de un paciente incapacitado
- ☐ Beneficiario o representante personal de un paciente fallecido

NOMBRE EN LETRA DE MOLDE (REPRESENTANTE LEGAL)

SOLO PARA USO DE LA OFICINA — NO SE PUDO OBTENER EL ACUSE DE RECIBO

Complete solo si no se obtiene una firma. Si no es posible obtener el acuse de recibo de la persona, describa los esfuerzos de buena fe realizados para obtenerlo y explique las razones por las que no se obtuvo.

NOMBRE DEL PACIENTE

Razones por las que no se obtuvo el acuse de recibo:

☐ El paciente se negó a firmar este acuse de recibo aunque se le pidió que lo hiciera y se le entregó el Aviso de Prácticas de Privacidad.

☐ Otro: _____

FECHA

HORA (A. M./P. M.)

FIRMA (REPRESENTANTE DEL PROVEEDOR)

NOMBRE (REPRESENTANTE DEL PROVEEDOR)

Rev. 11-2025

Pacific Cancer Care
Advanced Treatment. Personalized Care.

Aviso sobre Recetas y Laboratorio

AVISO AL PACIENTE SOBRE RECETAS

Para atender mejor las necesidades de nuestros pacientes, ahora podemos surtir muchas de las recetas indicadas por nuestros médicos. Facturaremos a su seguro de farmacia y cobraremos el copago correspondiente. Por favor tenga en cuenta que no está obligado a surtir sus recetas aquí y que tiene la opción de recibir sus medicamentos en la farmacia de su elección. Con gusto le ayudaremos con esto.

AVISO SOBRE LABORATORIO

Procesaremos sus análisis en el laboratorio de PCC siempre que sea posible. Es posible que algunas pruebas deban enviarse a otro laboratorio. Por favor avise a nuestro personal de laboratorio si sus análisis deben ir a un laboratorio específico cubierto por su plan de seguro. Además, si hay algún cambio en su plan de seguro, informe al flebotomista para que envíe sus muestras al laboratorio correcto.

- Los análisis se procesarán en: **PCC**
- Si nosotros (PCC) no podemos procesar una prueba en particular, ¿a qué laboratorio desea que la enviemos?

☐ **CHOMP** ☐ **Quest Lab** ☐ **LabCorp** ☐ **Otro** — especifique:

_____

Por favor firme en la línea de abajo para indicar que entiende esta política.

NOMBRE DEL PACIENTE

FIRMA DEL PACIENTE

FECHA

AVISO A LOS CONSUMIDORES

Los médicos están autorizados y regulados por
The Medical Board of California (Junta Médica de California)
(800) 633-2333 · www.mbc.ca.gov

Entiendo que mi médico está autorizado y regulado por la Junta Médica de California.

FIRMA DEL PACIENTE

FECHA

Pacific Cancer Care
Advanced Treatment. Personalized Care.

Formulario de Admisión del Paciente

NOMBRE

FECHA DE NAC.

INFORMACIÓN DE CONTACTO (MARQUE SU PREFERENCIA)

☐ CASA ☐ CELULAR ☐ TRABAJO

MÉDICO QUE LO REMITIÓ

MOTIVO DE LA REMISIÓN

MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA

OTROS MÉDICOS QUE CONSULTA

HISTORIAL MÉDICO

HISTORIAL QUIRÚRGICO

CIRUGÍA	CIRUJANO	FECHA

ANTECEDENTES FAMILIARES

Si algún familiar consanguíneo ha tenido alguna de las siguientes afecciones, márquela y especifique.

- ☐ Alcoholismo
- ☐ Anemia
- ☐ Artritis
- ☐ Asma
- ☐ Trastornos de sangrado
- ☐ Cáncer (vea formulario aparte)
- ☐ Diabetes
- ☐ Enfisema / EPOC
- ☐ Epilepsia / convulsiones
- ☐ Glaucoma
- ☐ Enfermedad cardíaca
- ☐ Presión arterial alta
- ☐ Colesterol alto
- ☐ Osteoporosis
- ☐ Derrame cerebral
- ☐ Enfermedad de la tiroides
- ☐ Otras afecciones: _____

HISTORIAL SOCIAL

LUGAR DE NACIMIENTO _____

¿DÓNDE VIVE ACTUALMENTE (Y CON QUIÉN)? _____

OCUPACIÓN _____

JUBILADO ☐ Sí ☐ No

ACTIVIDADES DE VOLUNTARIADO _____

Estado civil ☐ Soltero/a ☐ Casado/a ☐ Viudo/a ☐ Divorciado/a ☐ Separado/a

Hijos ☐ Sí ☐ No Edades (si corresponde) _____

Consumo de alcohol ☐ Nunca ☐ Actual — bebidas/día _____ ☐ Anterior — bebidas/día, fecha en que dejó _____

¿Alguna vez ha recibido tratamiento por abuso de alcohol? ☐ Sí ☐ No

Consumo de tabaco ☐ Nunca ☐ Actual — cajetillas/día _____ ☐ Anterior — cajetillas/día, fecha en que dejó _____

Consumo de drogas ☐ Nunca ☐ Anterior — tipo / frecuencia _____

MEDICAMENTOS

NOMBRE	DOSIS	INDICACIÓN	MÉDICO QUE LO RECETÓ

SUPLEMENTOS / MEDICINAS ALTERNATIVAS

ALERGIAS (Y REACCIÓN)

REVISIÓN POR SISTEMAS

Marque si ha tenido alguno de los siguientes.

General

- ☐ Fiebre
- ☐ Cambio de peso reciente
- ☐ Fatiga
- ☐ Sudores nocturnos
- ☐ Otro _____

Ojos, Oídos, Nariz y Garganta

- ☐ Dolor de ojos
- ☐ Usa lentes/lentes de contacto
- ☐ Visión borrosa o doble
- ☐ Pérdida de la visión
- ☐ Pérdida auditiva o zumbido

- [ ] Dolor o secreción de oídos
- [ ] Infección de oído
- [ ] Sangrado nasal
- [ ] Llagas en la boca
- [ ] Dolor de garganta
- [ ] Ronquera o cambio de voz
- [ ] Ganglios del cuello inflamados
- [ ] Otro _____

Gastrointestinal

- [ ] Pérdida del apetito
- [ ] Hinchazón abdominal
- [ ] Dolor abdominal
- [ ] Estreñimiento
- [ ] Diarrea
- [ ] Cambio en hábitos intestinales
- [ ] Náuseas
- [ ] Vómitos
- [ ] Vómito con sangre
- [ ] Sangre roja en las heces
- [ ] Heces negras/ alquitranadas
- [ ] Enfermedad del hígado
- [ ] Otro _____

Corazón

- [ ] Presión arterial alta
- [ ] Presión arterial baja
- [ ] Dolor de pecho/angina
- [ ] Soplo cardíaco
- [ ] Insuficiencia cardíaca
- [ ] Palpitaciones/latidos irregulares
- [ ] Latidos rápidos
- [ ] Hinchazón de tobillos
- [ ] Otro _____

Pulmones

- [ ] Tos crónica
- [ ] Asma o silbido al respirar
- [ ] Bronquitis
- [ ] Falta de aire
- [ ] Dificultad para respirar
- [ ] Tos con sangre
- [ ] Oxígeno en casa
- [ ] Otro _____

Genitourinario

- [ ] Infecciones urinarias
- [ ] Orinar con frecuencia
- [ ] Dificultad para orinar
- [ ] Ardor/dolor al orinar
- [ ] Orina con sangre o rosada
- [ ] Problemas/insuficiencia renal
- [ ] Cálculos renales
- [ ] Agrandamiento de la próstata
- [ ] Impotencia
- [ ] Dificultad sexual
- [ ] Otro _____

Piel

- [ ] Picazón
- [ ] Sarpullido
- [ ] Cáncer de piel previo
- [ ] Extirpación de lesiones de piel
- [ ] Otro _____

Neurológico

- [ ] Migrañas
- [ ] Dolores de cabeza
- [ ] Derrame cerebral
- [ ] Convulsiones
- [ ] Mareos
- [ ] Lesión en la cabeza
- [ ] Caídas
- [ ] Otro _____

Trastornos de la Sangre

- [ ] Moretones
- [ ] Anemia
- [ ] Transfusiones previas
- [ ] Coágulos de sangre
- [ ] VIH/SIDA
- [ ] Otro _____

Músculos y Articulaciones

- [ ] Artritis
- [ ] Dolor crónico de cuello
- [ ] Dolor crónico de espalda
- [ ] Huesos rotos/fracturas
- [ ] Debilidad muscular
- [ ] Dificultad para caminar
- [ ] Dolor en las articulaciones
- [ ] Otro _____

Endocrino

- [ ] Enfermedad de la tiroides
- [ ] Diabetes
- [ ] Problema hormonal
- [ ] Otro _____

Solo Mujeres

☐ Bulto en el seno ☐ Dolor en el seno ☐ Biopsia de seno previa

☐ Secreción del pezón ☐ Bochornos ☐ Flujo vaginal

☐ Menstruaciones abundantes ☐ Menstruaciones frecuentes

Edad de la primera menstruación _____ Fecha de la última menstruación _____

Fecha del último Papanicolaou _____ ☐ Normal ☐ Anormal

N.º de embarazos _____ N.º de hijos _____ Edad en el primer parto _____

HISTORIAL DE VACUNACIÓN

VACUNA	¿LA RECIBIÓ?	FECHA
Vacuna contra la gripe	☐ Sí ☐ No	
Vacuna Pneumovax (neumonía)	☐ Sí ☐ No	
Vacuna Zostavax (herpes zóster)	☐ Sí ☐ No	

INFORMACIÓN DE FARMACIA

NOMBRE Y DIRECCIÓN DE SU FARMACIA LOCAL

SU FARMACIA POR CORREO (SI CORRESPONDE) — NOMBRE DEL TITULAR

N.º DE TITULAR

SU AGENCIA DE ATENCIÓN DOMICILIARIA (SI CORRESPONDE)

¿HAY ALGÚN OTRO PROBLEMA DE SALUD O INQUIETUD QUE NUESTRO PERSONAL DEBA CONOCER?

Gracias por completar este formulario.

FIRMA

FECHA

Monterey *Oncología y Hematología*
5 Harris Court, Bldg. T, Suite 201
Monterey, CA 93940
T (831) 375-4105 · F (831) 372-5722

Los Gatos *Radioterapia y Oncología*
15400 National Ave., Los Gatos, CA 95032
Radioterapia: Ste. 100 · T (408) 358-8400
Oncología: Ste. 201 · T (408) 358-8415

Gilroy *Oncología Médica*
8060 Santa Teresa Blvd, Suite 100
Gilroy, CA 95020
T (408) 665-3283 · F (408) 358-8438

Pacific Cancer Care
Advanced Treatment. Personalized Care.

Formulario de Divulgación de Expedientes Médicos y Autorización para el Uso o Divulgación de PHI

PACIENTE

NOMBRE DEL PACIENTE

FECHA DE NAC.

DIRECCIÓN

TELÉFONO

N.º DE SEGURO SOCIAL

AUTORIZACIÓN

AUTORIZO AL CUSTODIO DE EXPEDIENTES MÉDICOS

U OTRA PERSONA/ENTIDAD (DESCRIBA ESPECÍFICAMENTE)

a divulgar/entregar la siguiente información (marque todo lo que corresponda):

- ☐ Todos los expedientes
- ☐ Expedientes de laboratorio/patología
- ☐ Expedientes de rayos X/radiología
- ☐ Registros de facturación
- ☐ Resumen
- ☐ Registros de farmacia/recetas
- ☐ Otro (describa específicamente)

> **Nota:** Si estos expedientes contienen información de proveedores anteriores o información sobre el estado de VIH/SIDA, diagnóstico de cáncer, abuso de drogas/alcohol o enfermedades de transmisión sexual, por medio de la presente usted autoriza la divulgación de dicha información.

ESTOS EXPEDIENTES CORRESPONDEN A SERVICIOS PRESTADOS EN LAS SIGUIENTES FECHAS

POR FAVOR ENVÍE LOS EXPEDIENTES INDICADOS ARRIBA A

NOMBRE

TELÉFONO

DIRECCIÓN

FAX

ESTA AUTORIZACIÓN VENCERÁ A MÁS TARDAR EL (FECHA)

O AL OCURRIR EL SIGUIENTE EVENTO

(lo que ocurra primero), y no podrá tener validez por más de un año a partir de la fecha de la firma. Entiendo que, una vez que el custodio de expedientes divulgue mi información de salud, es posible que ya no esté protegida por las leyes federales de privacidad. Además, entiendo que esta autorización es voluntaria y que puedo negarme a firmarla. Mi negativa a firmar no afectará mi capacidad de obtener tratamiento, recibir pagos ni mi elegibilidad para beneficios, salvo que la ley lo permita. Al firmar a continuación, declaro y garantizo que tengo autoridad para firmar este documento y autorizar el uso o la divulgación de información de salud protegida.

FIRMA DEL PACIENTE (O DEL REPRESENTANTE PERSONAL DEL PACIENTE)

FECHA

NOMBRE EN LETRA DE MOLDE DEL REPRESENTANTE

AUTORIDAD DEL REPRESENTANTE PARA FIRMAR POR EL PACIENTE

(p. ej., padre/madre, tutor, poder notarial para atención médica, albacea)

Usted tiene derecho a revocar esta autorización, excepto en la medida en que el custodio de expedientes ya haya actuado conforme a ella, enviando su solicitud por escrito al Administrador en cualquier sede de Pacific Cancer Care:

Monterey
5 Harris Ct., Bldg. T, Suite 201, Monterey, CA 93940

Los Gatos
15400 National Ave., Suite 100 / 201, Los Gatos, CA 95032

Gilroy
8060 Santa Teresa Blvd, Suite 100, Gilroy, CA 95020

Pacific Cancer Care
Advanced Treatment. Personalized Care.

Política de Cancelación de Citas e Inasistencia

Gracias por confiar su atención médica a Pacific Cancer Care. Cuando programa una cita con PCC, reservamos el tiempo suficiente para brindarle una atención de la más alta calidad. Si necesita cancelar o reprogramar una cita, comuníquese con nuestra oficina lo antes posible y a más tardar 24 horas antes de su cita programada. Esto nos da tiempo para programar a otros pacientes que esperan una cita.

NUESTRA POLÍTICA DE CANCELACIÓN DE CITAS / INASISTENCIA

- A partir del 1 de enero de 2023, todo paciente establecido que no se presente o que cancele/reprograme una cita y no se haya comunicado con nuestra oficina con **al menos 24 horas de anticipación** será considerado como inasistencia y se le cobrará un **cargo de $50**.
- Todo **paciente establecido** que no se presente o que cancele/reprograme una cita sin 24 horas de anticipación por segunda vez recibirá un cargo de $50.00 y podrá ser dado de baja de Pacific Cancer Care.
- Todo **paciente nuevo** que no se presente a su primera consulta recibirá un cargo de $50.
- Todo **paciente nuevo** que no llame o no se presente por segunda vez no será reprogramado.
- El cargo se cobra al paciente, no a la compañía de seguros, y debe pagarse en la siguiente consulta del paciente.
- Como cortesía, cuando el tiempo lo permite, hacemos llamadas para recordar las citas. Si no recibe una llamada o mensaje de recordatorio, la Política anterior seguirá vigente.

Entendemos que puede haber ocasiones en que ocurra una emergencia imprevista y no pueda asistir a su cita programada. Si tiene circunstancias atenuantes, comuníquese con nuestro Gerente de Oficina. Puede comunicarse con Pacific Cancer Care las 24 horas del día, los 7 días de la semana, al número que aparece abajo. Si es fuera del horario normal de atención de lunes a viernes o durante el fin de semana, puede dejar un mensaje con nuestro servicio de contestación.

PACIFIC CANCER CARE
831-375-4105

He leído y entiendo la Política de Cancelación de Citas Médicas/Inasistencia y acepto sus términos.

FIRMA

FECHA

NOMBRE EN LETRA DE MOLDE

Pacific Cancer Care
Advanced Treatment. Personalized Care.

Consentimiento Informado para Pruebas Moleculares/ Genéticas en Laboratorio de Referencia Ambulatorio

NOMBRE DEL PACIENTE

Yo, _____

solicito y autorizo a un Laboratorio de Referencia aprobado y autorizado a realizar las siguientes pruebas moleculares/genéticas en mi muestra de sangre/tejido/médula ósea, si mi médico las ordena:

- Pruebas genómicas
- Pruebas citogenéticas
- Hibridación fluorescente in situ (FISH)
- Pruebas genéticas
- Pruebas de biomarcadores
- Citometría de flujo

ENTIENDO QUE

1. Una sola prueba o un panel de pruebas puede implicar gastos de bolsillo según el laboratorio de referencia seleccionado, las pruebas solicitadas por mi médico y mi proveedor o cobertura de seguro.
2. El laboratorio de referencia seleccionado para estas pruebas puede comunicarse conmigo sobre la cobertura del seguro y para hablar de las opciones de pago de estas pruebas.
3. Soy responsable de verificar si el laboratorio de referencia acepta mi seguro, si mi seguro cubre las pruebas ordenadas y cualquier responsabilidad financiera que pueda tener por las pruebas del laboratorio de referencia.
4. Puedo recibir facturas de un laboratorio de referencia que no está afiliado a Pacific Cancer Care por los servicios prestados.
5. No se realizará ninguna prueba molecular aparte de la ordenada, y cualquier prueba adicional requiere mi consentimiento expreso adicional.
6. Es posible que las pruebas genéticas moleculares no sean diagnósticas para la(s) afección(es) seleccionada(s) en todas las personas. Esta prueba puede o no proporcionar información útil para tomar decisiones o tener implicaciones en mi manejo médico.

7. Es posible que esta prueba no detecte algunos tipos de cambios en el ADN que podrían causar un trastorno o enfermedad específica. Como la mayoría de las pruebas genéticas moleculares, tienen limitaciones técnicas que pueden impedir la detección de variantes poco comunes, mala calidad de la muestra y los límites actuales del conocimiento médico y la tecnología.
8. Puede haber posibles fuentes de error, entre ellas, contaminación, error técnico en el laboratorio, variantes poco comunes del ADN que comprometan el análisis de datos, sistemas de clasificación científica inconsistentes, e información inexacta o insuficiente sobre relaciones familiares o diagnóstico clínico.
9. Los informes clínicos se entregan únicamente a los profesionales de la salud certificados que figuran en el formulario de solicitud de la prueba. Los informes clínicos son confidenciales y solo se entregarán a otros profesionales médicos con mi consentimiento explícito. Se me ha explicado que mi informe clínico estará disponible para mí después de que mis profesionales de la salud lo hayan revisado y entregado. Como alternativa, mi informe clínico puede estar disponible de inmediato al completarse la prueba con la aprobación previa de mi profesional de la salud, según se indique en el formulario de solicitud de la prueba.

Al firmar a continuación, declaro lo siguiente: He leído y entiendo la información proporcionada en este formulario, he hablado con mi médico sobre las pruebas recomendadas y he tenido la oportunidad de que mi proveedor de atención médica responda mis preguntas. Comprendo bien los conceptos de las pruebas específicas ordenadas y he decidido continuar.

FIRMA DEL PACIENTE / TUTOR LEGAL

FECHA