



Tennessee Valley Gynecologic Oncology

¡Bienvenida!

Adjuntos encontrará nuestro Formulario de Registro del Paciente, un Formulario de Historial del Paciente, un Formulario de Acceso a Información de Salud y un Formulario de Autorización para la Divulgación.

Le pedimos que complete nuestros formularios médicos integrales en su primera visita. Esta información proporciona datos críticos sobre usted, así como un historial detallado de cáncer de su familia. Toda esta información se tiene en cuenta cuando planificamos un curso de acción para usted. Esté preparada para proporcionar una identificación con fotografía, cualquier tarjeta de seguro apropiada y una lista de todos los medicamentos que esté usando actualmente.

Esperamos que esta información le sea útil al comenzar su trayecto con nuestra práctica. Ya sea que sea una nueva paciente o esté regresando para recibir atención de seguimiento, hemos determinado que nuestro personal de oficina puede satisfacer mejor sus necesidades si entiende cómo funciona nuestra oficina. Sus necesidades específicas se satisfacen mejor si comprendemos el papel activo que usted asumirá en su cuidado.

Por favor, ayúdenos a individualizar su atención llenando nuestro formulario de visita de regreso en todas las citas de seguimiento. Este formulario nos ayuda a identificar áreas de su salud que necesitan abordarse.

LLAMADAS TELEFÓNICAS A LA ENFERMERA:

Cuando llame a la oficina para hablar con la enfermera, se le podrá pedir que deje un mensaje *ya que nuestras enfermeras están en clínica de lunes a jueves, de 8 a.m. a 5 p.m.* Los mensajes se revisan a lo largo del día. *Las preguntas e inquietudes médicas se abordarán de manera oportuna.* Las llamadas realizadas fuera del horario de atención las contestará el servicio telefónico de contestación y el proveedor de turno devolverá las llamadas de emergencia de manera oportuna.

PRESCRIPCIONES: (Tome nota de que tenemos una política de resurtido de medicamentos de venta con receta de 48 horas)

Cuando llame a la oficina para un resurtido de su medicamento, puede tomar hasta 48 horas para que su médico apruebe su resurtido y el resurtido se llame a su farmacia. Por razones de seguridad, nuestra oficina no resurte medicamentos recetados por otros médicos. **No resurtimos las recetas de narcóticos después de horas de oficina.**

PRUEBAS Y PROCEDIMIENTOS DE DIAGNÓSTICO:

Las pruebas de rutina (como mamografías) las debe ordenar su médico de atención primaria. Nuestra oficina le programará las pruebas ordenadas por TVGO (es decir, pruebas de diagnóstico, biopsias, pruebas de papanicolaou, etc.), para usted. La llamaremos con la fecha, la hora y las instrucciones específicas de la prueba. Usted deberá recibir los resultados de su prueba en un plazo de DIEZ (10) días hábiles. Si no ha recibido sus resultados después de QUINCE (15) días hábiles, llame a nuestra oficina para obtener sus resultados.

¡Gracias por permitirnos ser parte de su cuidado!

[NUESTRO SITIO WEB ES: [HTTPS://WWW.HUNTSVILLEHOSPITAL.ORG/TENNESSEE-VALLEY-GYNECOLOGIC-ONCOLOGY](https://www.huntsvillehospital.org/tennessee-valley-gynecologic-oncology)]



Tennessee Valley Gynecologic Oncology

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Escriba en letra de imprenta

Fecha _____

Nombre del paciente _____ Remitido por _____

Apellido _____ Nombre _____ Inicial del segundo nombre _____
Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono de casa _____ Teléfono del trabajo _____ Teléfono celular _____

N.º de Seguro Social _____ - _____ - _____ Sexo: M F FDN ____ / ____ / ____

Dirección de correo electrónico _____

Ocupación del paciente _____ Empleador _____

Nombre del cónyuge _____ FDN del cónyuge ____ / ____ / ____ N.º de Seguro Social del cónyuge _____ - _____ - _____

Dirección del empleador _____ Teléfono del empleador () _____

En caso de emergencia, notifique a _____ Relación _____

Ciudad _____ Estado _____ Teléfono () _____

Si el paciente es menor de edad, enumere a las personas diferentes al tercero responsable anterior que tengan permiso de llevar al menor al consultorio para recibir tratamiento:

Nombre _____ Relación _____ Teléfono _____

Nombre _____ Relación _____ Teléfono _____

Nombre _____ Relación _____ Teléfono _____

SEGURO PRIMARIO QUE VA A PRESENTAR

N.º de póliza	N.º de grupo
Nombre del asegurado	Relación con el paciente
N.º de Seguro Social o identificación del asegurado	Fecha de nacimiento del asegurado
Nombre de la compañía aseguradora	

SEGURO SECUNDARIO QUE VA A PRESENTAR

N.º de póliza	N.º de grupo
Nombre del asegurado	Relación con el paciente
N.º de Seguro Social o identificación del asegurado	Fecha de nacimiento del asegurado
Nombre de la compañía aseguradora	

Persona responsable de esta cuenta _____ Teléfono () _____

Acepto que el pago se haga en el momento del servicio. Acepto pagar todos los copagos, cargos no cubiertos o de rutina, deducibles y coaseguros que correspondan. En caso de que esta cuenta se entregue a una agencia de cobranza para su cobro, seré responsable de todos los honorarios de cobranza, costos judiciales y honorarios de abogados. Autorizo a HH Physician Care a divulgarles información a las compañías de seguros y autorizo a las compañías de seguros a divulgar información a HH Physician Care con respecto a mi enfermedad, tratamiento y pagos (incluida la indemnización laboral), y por medio de la presente asigno al médico todos los pagos por los servicios médicos prestados a mí o a mis dependientes si la asignación corresponde.

Firma _____ Fecha _____ Hora _____



Tennessee Valley Gynecologic Oncology

Revisión de sistemas

¿Usted fuma? Sí No ¿Consumo alcohol? Sí No ¿Se ha realizado pruebas de VIH? Sí No

¿Cuántos cigarrillos se fuma al día? _____

Fecha y resultados: _____

REVISIÓN DE SISTEMAS (seleccione todas las que correspondan para usted)

General	<input type="checkbox"/>	Normal	<input type="checkbox"/>	Cambio en el peso >10 libras	<input type="checkbox"/>	Fatiga
				Sudoración frecuente/bochornos		
Ojos	<input type="checkbox"/>	Normal	<input type="checkbox"/>	Cambio en la visión		
Oídos/boca	<input type="checkbox"/>	Normal	<input type="checkbox"/>	Problemas con la audición	<input type="checkbox"/>	Llagas en la boca
					<input type="checkbox"/>	Dolor de garganta persistente
Cardiovascular	<input type="checkbox"/>	Normal	<input type="checkbox"/>	Dolor o presión en el pecho	<input type="checkbox"/>	Falta de aliento con el ejercicio
					<input type="checkbox"/>	Falta de aliento en la cama
Respiratorio	<input type="checkbox"/>	Normal	<input type="checkbox"/>	Falta de aliento	<input type="checkbox"/>	Sibilancia
				Infección respiratoria	<input type="checkbox"/>	Catarro
				Dolor de garganta	<input type="checkbox"/>	Alergias estacionales
Gastrointestinal	<input type="checkbox"/>	Normal	<input type="checkbox"/>	Náuseas o vómitos frecuentes	<input type="checkbox"/>	Diarrea frecuente
				Heces negras o sanguinolentas		
Genital	<input type="checkbox"/>	Normal	<input type="checkbox"/>	Sangrado anormal	<input type="checkbox"/>	Flujo vaginal
				Dolor o bultos en los senos		
Urinario	<input type="checkbox"/>	Normal	<input type="checkbox"/>	Sangre en la orina	<input type="checkbox"/>	Dolor al orinar
				Incontinencia urinaria	<input type="checkbox"/>	Dificultad para orinar
Reproducción	<input type="checkbox"/>	Normal	<input type="checkbox"/>	Dolor al tener relaciones sexuales	<input type="checkbox"/>	Sangrado después de las relaciones sexuales
				Ausencia de deseo sexual		
Musculoesquelético	<input type="checkbox"/>	Normal	<input type="checkbox"/>	Debilidad muscular	<input type="checkbox"/>	Artritis
Piel	<input type="checkbox"/>	Normal	<input type="checkbox"/>	Sarpullido persistente	<input type="checkbox"/>	Úlceras
Neurológico	<input type="checkbox"/>	Normal	<input type="checkbox"/>	Convulsiones	<input type="checkbox"/>	Entumecimiento
				Cosquilleo	<input type="checkbox"/>	Síncope/desmayos
Psiquiátrico	<input type="checkbox"/>	Normal	<input type="checkbox"/>	Depresión	<input type="checkbox"/>	Ansiedad
Hematología	<input type="checkbox"/>	Normal	<input type="checkbox"/>	Le salen moretones fácilmente	<input type="checkbox"/>	Sangrado espontáneo
					<input type="checkbox"/>	Nodos linfáticos agrandados

Pruebas de detección de atención médica (escriba la fecha y el lugar de la prueba)

Prueba de Papanicolaou: _____

Mamografía: _____

Densidad ósea: _____

Prueba colorrectal: _____

¿Por qué vino a ver al médico hoy? _____

Historial médico anterior

¿Alguna vez ha tenido alguna de las siguientes situaciones o lo están tratando por alguna?

(MARQUE TODAS LAS QUE CORRESPONDAN)

___ ALCOHOLISMO/CONSUMO DE SUSTANCIAS

___ ENFERMEDAD PULMONAR: TIPO _____

___ ENFERMEDAD RENAL

___ PRESIÓN ARTERIAL ALTA

___ ALERGIAS

___ FLEBITIS

___ ENFERMEDAD DE LOS SENOS

___ ENFERMEDAD CARDÍACA

___ COÁGULO SANGUÍNEO

___ TUBERCULOSIS

___ CÁNCER: TIPO _____

___ ENFERMEDAD DEL HÍGADO

___ PROBLEMAS DE SANGRADO

___ COLESTEROL ALTO

___ DIABETES

___ DISFUNCIÓN DE LA TIROIDES

___ OTRA: _____

¿Alguna vez lo han hospitalizado? SÍ NO

En caso afirmativo, escriba la fecha, la ubicación y el motivo: _____

¿Alguna vez ha sido sometido a alguna cirugía? SÍ NO

En caso afirmativo, escriba la fecha, la ubicación y el motivo: _____

¿Tiene la menstruación? SÍ NO

Fecha de su última menstruación: _____

Su menstruación es: REGULAR MODERADA FUERTE IRREGULAR

¿Cuántas veces ha estado embarazada? _____

¿Cuántos hijos tiene? _____

¿Ha sido sexualmente activa en el pasado? SÍ NO

¿Es sexualmente activa actualmente? SÍ NO

Si es sexualmente activa, ¿qué método anticonceptivo utiliza?

___ NINGUNO

___ VASECTOMÍA DE SU PAREJA

___ RETIRADA

___ MÉTODO DEL RITMO

___ CONDONES

___ PASTILLAS ANTICONCEPTIVAS

___ DISPOSITIVO INTRAUTERINO

___ LIGADURA DE TROMPAS

___ ESPUMA

___ OTRO: _____

___ DIAFRAGMA



Tennessee Valley Gynecologic Oncology

INFORMACIÓN SOBRE ANTECEDENTES FAMILIARES DEL PACIENTE

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____

PONGA UNA MARCA DE VERIFICACIÓN ✓ EN LAS CASILLAS A CONTINUACIÓN PARA USTED Y CUALQUIER FAMILIAR QUE TENGA CÁNCER DE COLON, DE ENDOMETRIO, DE SENO O DE OVARIO.

(La edad se refiere a su edad o a la de su familiar cuando se haya diagnosticado el cáncer)

	CÁNCER DE OVARIO	CÁNCER DE ENDOMETRIO	CÁNCER DE COLON	CÁNCER DE SENO	OTRO TIPO DE CÁNCER
	Edad al momento del diagnóstico	Tipo y edad al momento del diagnóstico			
USTED					
MADRE					
PADRE					
HERMANAS					
HERMANOS					
HIJAS					
HIJOS					
LADO MATERNO					
ABUELA					
ABUELO					
TÍAS					
TÍOS					
PRIMOS					
SOBRINOS					
LADO PATERNO					
ABUELA					
ABUELO					
TÍAS					
TÍOS					
PRIMOS					
SOBRINOS					

¿ES DE ASCENDENCIA JUDÍA ASQUENAZÍ? SÍ NO

¿TIENE FAMILIARES DE SEXO MASCULINO CON CÁNCER DE SENO? SÍ NO

CONSIDERE UNA EVALUACIÓN ADICIONAL DE SÍNDROME DE CÁNCER HEREDITARIO SI ESTÁ PRESENTE ALGUNA DE LAS SIGUIENTES SITUACIONES:

- LE DIAGNOSTICARON CÁNCER DE COLON O DE ENDOMETRIO ANTES DE LOS 50 AÑOS.
- TIENE DOS FAMILIARES DE PRIMER GRADO CON CÁNCER DE COLON O DE ENDOMETRIO A CUALQUIER EDAD.
- DOS O MÁS FAMILIARES CON CÁNCER DE SENO ANTES DE LOS 50 AÑOS.
- ASCENDENCIA JUDÍA ASQUENAZÍ Y CUALQUIER CASO DE CÁNCER DE SENO ANTES DE LOS 50 AÑOS, O CÁNCER DE OVARIO A CUALQUIER EDAD.
- CUALQUIER FAMILIAR DE SEXO MASCULINO CON CÁNCER DE SENO.

Hoja de actualización de la inscripción en HH System Clinics

Paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____ N.º de identificación financiera_____

-----AUTORIZACIÓN PARA LLAMAR-----

Autorizo a HH System Clinics a dejar los siguientes mensajes en mi máquina contestadora o mensajes de voz:

_____ Llamadas sobre recordatorios de citas

_____ Resultados de análisis de laboratorio o pruebas

-----POLÍTICA DE DIRECTIVA ANTICIPADA DE HH SYSTEM CLINICS-----

En nuestras prácticas decidimos que iniciaremos medidas de reanimación en cualquier momento que sean necesarias.

-----TARIFAS Y AYUDA FINANCIERAS-----

TARIFAS FINANCIERAS: entiendo que se cobrará la siguiente tarifa:

- Una tarifa de \$25 por formulario por llenar formularios integrales. NO se cobrará ninguna tarifa por formularios simples, como de excusa laboral, excusa escolar o una solicitud de ayuda para medicamentos por indigencia.

AYUDA FINANCIERA: entiendo que puede haber ayuda financiera disponible para pacientes individuales que no tengan seguro o que de otra forma no cumplan con los criterios de ayuda financiera. La capacidad general del hospital para mantenerse financieramente estable y prestar servicios de atención médica esenciales a todos los miembros de nuestra comunidad depende de los recursos financieros disponibles para cubrir los servicios prestados a los pacientes. Mi asistencia para proporcionar esta información es necesaria para determinar la posible ayuda financiera disponible para mí. Si no tengo seguro y necesito ayuda financiera, puedo ponerme en contacto con un asesor financiero y hacer una solicitud para revisar si califico al 256-265-9438.

-----AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO-----

Por medio de la presente otorgo mi consentimiento y autorizo a mi médico o profesional de salud aliado a prestar el tratamiento médico o de emergencia habitual y de rutina que crean aconsejable y necesario. También autorizo a HH System Clinics a solicitar de manera electrónica mi historial de medicamentos si mi farmacia participa en recetas electrónicas con el fin de ayudar al proveedor a recetar los medicamentos de terapia necesarios.

-----CESIÓN DE BENEFICIOS, ACUERDO Y GARANTÍA-----

Autorizo a HH System Clinics a divulgar cualquier información relacionada con los servicios que se me hayan prestado a terceros pagadores en consideración del pago de mi atención o a otros proveedores de atención médica involucrados en mi atención. Entiendo que el pago de todos los beneficios del seguro médico básico y de gastos mayores para este período de servicio se debe hacer directamente a HH System Clinics. Si el cheque se debe hacer a mi nombre, entiendo que lo deben enviar a esta dirección: PN Billing P.O. Box 2705 Huntsville, AL 35804. Entiendo que HH System Clinics debe cobrar todos los cargos no cubiertos por los pagos del seguro. El pago de todos los costos de cobro, aseguramiento o intento de cobro y aseguramiento, incluidos los honorarios razonables de abogados u honorarios de agencias de cobro, tanto si la demanda es necesaria como si no, es responsabilidad financiera del paciente y del tutor. Los pacientes considerados adultos legales son responsables financieramente de todos los servicios prestados.

-----RECONOCIMIENTO DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DE HH HEALTH SYSTEM-----

Reconozco que me han proporcionado una copia del aviso de prácticas de privacidad de HH Health System. En relación con el aviso, también reconozco que me han dado la oportunidad de hacer preguntas sobre este aviso y su contenido. Entiendo que la versión más actualizada del aviso será publicada con Health System y en www.huntsvillehospital.org.

-----**PERMISO EXPRESO PARA CONTACTAR AL PACIENTE POR TELÉFONO CELULAR**-----

Acepto que, con el fin de que HH System Clinics pueda atender mi cuenta o cobrar el dinero que debo, HH System Clinics o sus agentes pueden ponerse en contacto conmigo a través de cualquier número de teléfono asociado a mi cuenta, incluidos los números de teléfono inalámbricos, lo que podría ocasionar cargos para mí. HH System Clinics también se puede poner en contacto conmigo por mensajes de texto o de correo electrónico mediante cualquier dirección de correo electrónico que yo haya proporcionado. Los métodos de contacto pueden incluir mensajes de voz grabados previamente o artificiales, o el uso de dispositivos de marcado automático, según corresponda. He leído esta declaración y estoy de acuerdo en que HH System Clinics, sus empleados o agentes se pueden poner en contacto conmigo como se describe.

-----**CONSENTIMIENTO DE OBTENCIÓN Y USO DE FOTOGRAFÍAS**-----

Autorizo la obtención y el uso de fotografías para fines de tratamiento clínico y formación del personal. Entiendo que cualquier imagen o fotografía se utilizará únicamente para estos fines y que tengo derecho a revocar esta autorización o negarme a ser fotografiado en cualquier momento. Entiendo que solo se utilizará equipo autorizado o proporcionado por el hospital para tomar fotografías y que se mantendrá mi privacidad y confidencialidad en el uso de estas imágenes.

Firma del paciente o del representante autorizado en nombre del paciente: _____

Fecha: _____ Hora: _____

Nombre en letra de imprenta de la persona autorizada a firmar por el paciente: _____

Justificación de la autoridad para firmar en nombre del paciente: _____

-----**PARA USO DEL PERSONAL DE HEALTH SYSTEM ÚNICAMENTE**-----

-----**(Llenar si no se obtiene el reconocimiento del paciente)**-----

Al paciente se le proporcionó una copia del aviso de prácticas de privacidad y se hizo un intento de buena fe para obtener su firma que demostrara el acuse de recibo del aviso. No se obtuvo un reconocimiento porque

Firma del empleado o testigo: _____ Identificación del empleado: _____

Fecha _____ Hora _____



AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA

Nombre del paciente _____ Número de Seguro Social (opcional) _____

Fecha de nacimiento _____ Dirección _____

Número de teléfono (____) _____ Fechas del servicio _____

N.º de historia clínica _____
Proveedor _____

Autorizo el uso y la divulgación de la información médica de la persona mencionada anteriormente según lo que se describe a continuación:

- La red de médicos de Huntsville Hospital está autorizada para hacer la divulgación.
 - El tipo y la cantidad de información que se debe usar o divulgar es la siguiente (incluya las fechas donde corresponda):

<input type="checkbox"/> Toda/historia clínica completa	<input type="checkbox"/> Informe de patología	<input type="checkbox"/> Formato de divulgación de los registros (Elija una opción)
<input type="checkbox"/> Notas de la visita/reunión	<input type="checkbox"/> Informe de consulta	
<input type="checkbox"/> Resultados de laboratorio	<input type="checkbox"/> Informe operatorio	
<input type="checkbox"/> Informes de radiografía y estudios por imágenes	<input type="checkbox"/> Registro de vacunación	
<input type="checkbox"/> Lista de problemas	<input type="checkbox"/> Tratamiento de drogas y alcohol	
<input type="checkbox"/> Lista de medicamentos	<input type="checkbox"/> Tratamiento de VIH/SIDA/ETS	
<input type="checkbox"/> Lista de alergias	<input type="checkbox"/> Registro de inscripción	
<input type="checkbox"/> Informe de electrocardiograma (EKG)	<input type="checkbox"/> Otro _____	
 - Entiendo que la información de mi registro médico puede incluir información relacionada con enfermedades de transmisión sexual, el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida) o el virus de inmunodeficiencia humana (VIH). También puede incluir información sobre servicios de comportamiento o salud mental y tratamiento para el consumo de alcohol y drogas.
 - Esta información se puede divulgar a la siguiente persona u organización y la pueden usar:
Nombre: _____
Dirección: _____
 - Con el fin de _____
 - Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento. Entiendo que, si revoco esta autorización, debo hacerlo por escrito y presentarla ante el Departamento de Registros Médicos. Entiendo que la revocación no se aplicará a la información que ya se haya divulgado en respuesta a esta autorización. Entiendo que la revocación no se aplicará a mi compañía de seguros cuando la ley le proporcione a mi aseguradora el derecho de impugnar una reclamación conforme a mi póliza.
 - A menos que se revoque en otras circunstancias, esta autorización se vencerá en la siguiente fecha, evento o condición:

Si no se especifica una fecha de vencimiento, evento o condición, esta autorización se vencerá seis meses después de la fecha de la firma.
 - Entiendo que una vez que la información se divulgue de conformidad con esta autorización, el destinatario la puede volver a divulgar y es posible que no esté protegida por las regulaciones federales de privacidad.
 - Entiendo que, como destinatario, soy responsable de la seguridad de estas copias del registro médico y de la información médica contenida en ellas, ya sea en formato de papel o de CD/DVD.
 - Entiendo que no tengo que firmar este formulario con el fin de asegurar tratamiento de atención médica, pago, inscripción en mi plan médico o elegibilidad para los beneficios.
- O**
- Entiendo que, si me niego a firmar este formulario, conforme a condiciones específicas, la organización puede rechazar lo siguiente:
- | | | |
|-------------|-------------------------------|----------------------------------|
| Tratamiento | Inscripción en el plan médico | Elegibilidad para los beneficios |
|-------------|-------------------------------|----------------------------------|

FIRMA FECHA HORA

SI ES FIRMADO POR UN REPRESENTANTE LEGAL, RELACIÓN CON EL PACIENTE FIRMA DEL TESTIGO FECHA HORA

Únicamente para uso de oficina

¿Alguna parte de la solicitud de registro se encuentra en la historia clínica en papel? SÍ NO (encierre una en un