ADVOCATE
Radiation Oncology, LLC

Date: <Date of Service>
Patient Name: <Full Name>
DOB: <Date of Birth> Age: <Age>
Medical ID Number: <Patient Id 1>
Physician: <Primary Care Physician - Name, Phone and Address (Default)>
Referring Physician: <Primary Referring Physician - Name, Phone and Address (Default)>

FORMULARIO DE REGISTRO DEL PACIENTE

FAVOR LLENAR LOS DATOS A CONTINUACION

NOMBRE DEL PACIENTE **Apellido:** <Last Name> **Primer Nombre:** <First Name> **Segundo Nombre:** <Middle Name>	**DIRECCCION PERMANENTE** **Calle:** <Patient Address - North American (Default)> **Ciudad:** <Patient Address - North American (Default)> **Estado:** <Patient Address - North American (Default)> **Código Postal:** <Patient Address - North American (Default)> **DIRECCION SECUNDARIA** **Calle:** <Primary Local Address - North American (Default)> **Ciudad:** <Primary Local Address - North American (Default)> **Estado:** <Primary Local Address - North American (Default)> **Código Postal:** <Primary Local Address - North American (Default)>

CORREO ELECTRONICO	**TELEFONO DE CASA** <Telephone Number>	**TELEFONO MOVIL** <Mobile Telephone Number>	**Es un iPhone** ☐ No ☐ Si

FECHA DE NACIMIENTO <Date of Birth>	**NUMERO DE SEGURO SOCIAL** **<SSN>**	**SEXO AL NACER** <Sex> **Masculino** ☐ **Femenino** ☐ No desea responder ☐	**ESTADO CIVIL** <Marital Status> ☐ **Soltero** ☐**Casado** ☐ **Otro**_____

NOMBRE DEL EMPLEADOR DEL PACIENTE	**DIRECCION DEL EMPLEADOR DEL PACIENTE** **Calle:** _____ **Ciudad:** _____ **Estado:** _____ **Código Postal:** _____	**TELEFONO DEL EMPLEADOR**

INFORMACION DEL ASEGURADO O RESPONSABLE

RELACION CON EL PACIENTE: ☐ cónyuge ☐ padre ☐ guardián

NOMBRE **Apellido:** _____ **Primer Nombre:** _____ **Inicial Segundo Nombre:** _____	**DIRECCION (si es diferente del paciente)** **Calle:** _____ **Ciudad:** _____ **Estado:** _____ **Código Postal:** _____

TELEFONO DE CASA	**TELEFONO DEL TRABAJO**	**# SEGURO SOCIAL**	**FECHA NACIMIENTO**	**EMPLEADOR**

INFORMACION DEL SEGURO MEDICO

NOMBRE DEL SEGURO PRIMARIO	**DIRECCION (al respaldo de la tarjeta del seguro médico)** **Calle:** _____ **Ciudad:** _____ **Estado:** _____ **Código Postal:** _____

NUMERO DE GRUPO	**NUMERO DE IDENTIFICACION**	**HMO** ☐	**PPO** ☐		**TELEFONO COMPANIA DE SEGURO**

ADVOCATE
Radiation Oncology, LLC

Date: <Date of Service>
Patient Name: <Full Name>
DOB: <Date of Birth> Age: <Age>
Medical ID Number: <Patient Id 1>
Physician: <Primary Care Physician - Name, Phone and Address (Default)>
Referring Physician: <Primary Referring Physician - Name, Phone and Address (Default)>

NOMBRE DEL SEGURO SECUNDARIO	DIRECCION (al respaldo de la tarjeta del seguro médico) Calle: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

NUMERO DE GRUPO	NUMERO DE IDENTIFICACION	HMO ☐	PPO ☐		TELEFONO COMPANIA DE SEGURO

MEDICO DE ATENCION PRIMARIA	NOMBRE DEL MEDICO QUE LO REMITIO

CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA	RELACION	NUMERO TELEFONICO

Actualmente se encuentra hospitalizado o está inscrito en un hospicio o centro de enfermería especializada?
Si ☐ No ☐ En caso afirmativo, favor completar lo siguiente
Nombre de la Institución: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal _____

Recibe beneficios de la Administración de Veteranos? Si ☐ No ☐ En caso afirmativo, favor completar lo siguiente:

Nombre de la Entidad de Administración de Veteranos: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Cuál de las siguientes opciones describe su orientación sexual?

☐ Masculino ☐ Femenino ☐ Masculino-a-Femenino (MTF) / Transgénico Femenino

☐ Femenino-a-Masculino (FTM) / Transgénico Masculino ☐ Ni exclusivamente Masculino o Femenino

☐ Otra categoría de genero ☐ No desea responder

Cuál de las siguientes opciones describe su raza?

☐ Asiático ☐ Blanco ☐ Negro / Afroamericano ☐ Hispano
☐ Subcontinente asiático americano ☐ Asiático Pacifico Americano ☐ Nativo Americano
☐ Indio Americano / Nativo de Alaska ☐ Hawaiano ☐ Isleño del Pacífico

☐ **Mas de una Raza** ☐ **Otro** ☐ **Declino a informar**

Favor indique un grupo étnico que mejor describa su raza:

☐ **Hispano o Latino** ☐ **No-Hispano o Latino**

☐ **Declino a informar** ☐ **No se**

En qué idioma se siente más cómodo al hablar sobre su atención médica?

☐ **Inglés** ☐ **Español** ☐ **Alemán** ☐ **Francés**
☐ **Chino**

☐ **Italiano** ☐ **Ruso** ☐ **Portugués**

☐ **Otro** ☐ **Declino a informar** ☐ **No se**

Con qué frecuencia usa internet para recopilar información?

☐ **Siempre** ☐ **Generalmente** ☐ **Algunas Veces** ☐ **Nunca**

ADVOCATE
Radiation Oncology, LLC

Date: <Date of Service>
Patient Name: <Full Name>
DOB: <Date of Birth> Age: <Age>
Medical ID Number: <Patient Id 1>
Physician: <Primary Care Physician - Name, Phone and Address (Default)>
Referring Physician: <Primary Referring Physician - Name, Phone and Address (Default)>

Formularios de Historia Médica

Diagnóstico de cáncer o motivo de consulta: _____

Historial Médico

(Marque todo lo que corresponda)

☐ Alergias	☐ Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)	☐ Alta presión / Hipertensión
☐ Ansiedad	☐ Depresión	☐ Enfermedad inflamatoria intestinal (enfermedad de Crohn, colitis, etc.)
☐ Anemia/problemas sanguíneos	☐ Diabetes	☐ Migrañas / dolores de cabeza
☐ Artritis	☐ Diverticulitis	☐ Neuropatía
☐ Asma	☐ Disfunción eréctil	☐ Psicosis
☐ Fibrilación auricular / latidos cardíacos irregulares	☐ Fibromialgia	☐ Artritis reumatoide
☐ Trastorno autoinmune (lupus, esclerodermia, AR, etc.)	☐ Reflujo gastroesofágico	☐ Convulsiones
☐ Trastorno bipolar	☐ Gota	☐ Derrame Cerebral
☐ Coágulos de sangre o embolia pulmonar	☐ Ataque de Corazón	☐ Trastorno de la tiroides
☐ Hiperplasia prostática benigna	☐ Enfermedades Cardiacas	☐ Temblores
☐ Arteriopatía coronaria (CAD)	☐ Colesterol alto	☐ Osteoporosis

☐ Cáncer, historia previa

_____

☐ Enfermedad infecciosa (VIH, hepatitis, tuberculosis, etc.)?

_____

☐ Otro

_____

Alguna vez ha recibido radioterapia? No ____ Si _____ En caso afirmativo, cuando?

_____

Nombre del Médico /Entidad:

_____

Dirección:

_____

Qué área fue tratada?

_____

Alguna vez ha recibido quimioterapia? No ____ Si ____ En caso afirmativo, cuando?

_____

Nombre del Médico /Entidad:

_____

Dirección:

_____

Cirugías Pasadas

Indique la cirugía, el año de operación, el cirujano y la ubicación (si se conoce)

Procedimiento/Operación	Fecha	Médico	Lugar

Tiene algún dispositivo médico implantado, como un PACEMAKER, un DESFIBRILADOR, un neuro estimulador, bombas de infusión de drogas, etc.? ☐ **No** ☐ **Si** *En caso afirmativo, proporcione una copia de su tarjeta de dispositivo médico en la recepción***.**

Alergias

Es alérgico a algún medicamento? ☐ **No** ☐ **Si** En caso afirmativo, nombre / reacción: _____

_____

Es alérgico al látex? ☐ No ☐ Si Si es así, reacción: _____

Es alérgico al contraste IV? ☐ No ☐ Si Si es así, reacción: _____

Otros (comida, cinta, ambiental, etc.)

_____

Medicamentos

ADVOCATE
Radiation Oncology, LLC

Date: <Date of Service>
Patient Name: <Full Name>
DOB: <Date of Birth> Age: <Age>
Medical ID Number: <Patient Id 1>
Physician: <Primary Care Physician - Name, Phone and Address (Default)>
Referring Physician: <Primary Referring Physician - Name, Phone and Address (Default)>

Nombre de la Farmacia: _____ Numero de la Farmacia_____

Dirección de la Farmacia:

_____

Medicamento	Dosis	Frecuencia	Médico que prescribe

Utilice el reverso de este formulario si necesita espacio adicional para medicamentos.

Date: <Date of Service>
Patient Name: <Full Name>
DOB: <Date of Birth> Age: <Age>
Medical ID Number: <Patient Id 1>
Physician: <Primary Care Physician - Name, Phone and Address (Default)>
Referring Physician: <Primary Referring Physician - Name, Phone and Address (Default)>

Historia Familiar

Padre: si vive, edad _____ si falleció, edad de fallecimiento: _____

Problemas Médicos

_____ **Madre:** si vive, edad _____ si falleció, edad de fallecimiento: _____

Problemas Médicos

_____

Hermanos: # de hermanas _____ # de hermanos _____

Problemas

Medicos/Fallecidos_____

_____

_____

Hijos: # de Hijas _____ # de Hijos _____

Problemas Médicos/Fallecidos

_____

Historial Social

Estado Civil: ☐ Soltero ☐ Casado ☐ Divorciado ☐ Viudo ☐ Separado
Nombre del cónyuge u otra persona significativa: _____

Historia Socio-Geográfica:

Donde nació? _____
Donde ha vivido la mayor parte de su vida? _____
Vive en este estado todo el año?? ☐ **No** ☐ **Si**
Si no, proporcione su dirección alternativa: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Ocupación / Historial de Servicio:

Ocupación: _____ ☐ Jubilado ☐ Discapacitado, razón?
_____
Ha estado en el ejercito? ☐ No ☐ Si
Que usted sepa, ¿alguna vez trabajó en una ocupación que implicara la exposición al asbesto u otras sustancias químicas cancerosas, humos o carcinógenos? ☐ No ☐ Si
En caso afirmativo, describa:
_____

Historial de Sustancias:

Alguna vez ha fumado? ☐ No ☐ Si Si **sí**, que? ☐ Cigarrillos ☐ Cigarros ☐ Pipa

Por cuántos años? _____ Paquetes/números por día? _____
Si es así, lo ha dejado? ☐ No ☐ Si Si **sí**, cuándo? _____

Alguna vez ha masticado tabaco? ☐ No ☐ Si Cuanto? _____
Si es así, lo ha dejado? ☐ No ☐ Si Si **sí**, cuándo? _____

Toma bebidas alcohólicas?? ☐ No ☐ Si
En caso afirmativo, con qué frecuencia y cuánto? _____
Ha dejado de beber? ☐ No ☐ Si Si **sí**, cuándo? _____

Ha usado o usa drogas ilegales? ☐ No ☐ Si
En caso afirmativo, describa
_____

Date: <Date of Service>
Patient Name: <Full Name>
DOB: <Date of Birth> Age: <Age>
Medical ID Number: <Patient Id 1>
Physician: <Primary Care Physician - Name, Phone and Address (Default)>
Referring Physician: <Primary Referring Physician - Name, Phone and Address (Default)>

Mantenimiento Preventivo de Salud

Mujeres: Última mamografía: _____

Última prueba de Papanicolaou: _____

Última colonoscopia: _____

Última prueba de densidad ósea: _____

Última vacuna contra la neumonía: _____

Última vacuna contra la influenza: _____

Hombres: Última Prueba de PSA: _____

Último examen de próstata: _____

Última colonoscopia: _____

Última prueba de densidad ósea: _____

Última vacuna contra la neumonía: _____

Última vacuna contra la influenza: _____

Evaluación de Riesgos de Movilidad

1. Necesita ayuda para caminar? ☐ **No** ☐ **Si** En caso afirmativo, utiliza ☐ bastón ☐ caminador ☐ silla de ruedas?
2. Se ha caído antes o se ha lesionado debido a una caída? ☐ **No** ☐ **Si**
3. Te sientes más débil de lo que solías o tienes menos fuerza en tus brazos o piernas?? ☐ **No** ☐ **Si**
4. Ha dejado o ha evitado hacer ejercicio / actividades diarias por temor a caerse? ☐ **No** ☐ **Si**
5. Tiene úlceras en los pies, juanetes, deformaciones en los dedos o callosidades que le duelen al caminar? ☐ **No** ☐ **Si**
6. Se siente mareado cuando se levanta? ☐ **No** ☐ **Si**
7. Cuántas caídas ha tenido en los últimos 12 meses? _____
8. Sufrió alguna lesión por sus caídas?? ☐ **No** ☐ **Si** En caso afirmativo, explíquelo: _____

Solo para Mujeres

1. Edad al primer período menstrual: _____-___
2. Todavía tiene períodos? No Si
3. Fecha o edad del último período menstrual: ___
4. Edad al primer embarazo: _____
5. Número de embarazos: _____
7. Amamanto? No Si
8. Alguna vez ha tomado terapia de reemplazo hormonal? No Si
9. En caso afirmativo, cuántos años? _____

6. Número de nacimientos:

_____

Evaluación del Dolor

Tiene dolor ahora? ☐ **No** ☐ **Si** En caso afirmativo, responda las siguientes preguntas.

Dónde se encuentra su dolor?

_____

En escala de 1a10, con 1 siendo muy leve y 10 siendo el peor dolor imaginable, qué número es su dolor?

1☐ **2** ☐ **3**☐ **4** ☐ **5**☐ **6** ☐ **7**☐ **8** ☐ **9**☐ **10**☐

Cómo describiría el dolor? (por ejemplo, dolor, punzante, ardor, palpitante, agudo)

_____

Cuando comenzó su dolor?

_____

Hay algo que lo haga mejor o peor?

_____

Está tomando analgésicos? ☐ No ☐ **Si** Si **sí**, que?

_____

ADVOCATE
Radiation Oncology, LLC

Date: <Date of Service>
Patient Name: <Full Name>
DOB: <Date of Birth> Age: <Age>
Medical ID Number: <Patient Id 1>
Physician: <Primary Care Physician - Name, Phone and Address (Default)>
Referring Physician: <Primary Referring Physician - Name, Phone and Address (Default)>

Revisión de Sistemas

Ha experimentado recientemente alguno de estos síntomas? Por favor seleccione todas las respuestas válidas

General
☐ Fiebre / escalofríos
☐ Fatiga
☐ Perdida/ganancia de peso____ lbs.

Ojos y visión
☐ Gafas / lentes de contacto
☐ Enfermedad o lesión ocular
☐ Dolor o presión en los ojos
☐ Visión borrosa o doble

Orejas, nariz, garganta
☐ Perdida de la audición
☐ Zumbidos en los oídos
☐ Dolor de oído o drenaje
☐ Problemas sinusales
☐ Sangrado de nariz
☐ Problemas dentales
☐ Dentadura postiza
☐ Úlceras en la boca
☐ Dolor de garganta
☐ Dificultad / dolor al tragar
☐ Ronquera o cambio de voz
☐ Glándulas inflamadas en el cuello.

Corazón/Cardiovascular
☐ Dolor de Pecho
☐ Palpitaciones de Corazón
☐ Mareo
☐ Piernas / tobillos hinchados

Respiratorio
☐ Tos frecuente
☐ Escupiendo sangre
☐ Sibilancia o asma
☐ Dificultad para respirar

Endocrino
☐ Pérdida/debilitamiento de cabello
☐ Intolerancia al calor / frío
☐ Sed excesiva

Gastrointestinal
☐ Perdida del apetito
☐ Nausea o Vomito
☐ Dolor de estomago
☐ Diarrea frecuente
☐ Constipación
☐ Sangre en las heces

Genitourinario
☐ Evacuación urinaria frecuente
☐ Ardor o dolor al orinar
☐ Sangre en la orina
☐ Incontinencia o goteo
☐ Urgencia
☐ Flujo vaginal
☐ Períodos dolorosos / irregulares
☐ Dificultad sexual

Psiquiátrico
☐ Depresión
☐ Ansiedad / Nerviosismo
☐ Trastornos del sueño
☐ Pensamientos suicidas

Hematología / Linfático
☐ Salen hematomas o sangra fácilmente
☐ Anemia
☐ Lento para sanar
☐ Historial de transfusión

Musculoesquelético
☐ Dolor o rigidez en las articulaciones
☐ Dolor de espalda
☐ Dolor muscular o calambres
☐ Brazos o piernas frías
☐ Dificultad para caminar

Piel y Seno
☐ Sarpullido o picazón
☐ Lesión o cambio en el color de la piel
☐ Masa mamaria / bulto
☐ Secreción / retracción del pezón
☐ Herida abierta o no cicatrizante

Neurológico
☐ Dolor de cabeza frecuente
☐ Vértigo o Mareado
☐ Confusión

Date: <Date of Service>
Patient Name: <Full Name>
DOB: <Date of Birth> Age: <Age>
Medical ID Number: <Patient Id 1>
Physician: <Primary Care Physician - Name, Phone and Address (Default)>
Referring Physician: <Primary Referring Physician - Name, Phone and Address (Default)>

☐ Dificultad para hablar
☐ Actividad convulsiva
☐ Entumecimiento u hormigueo
☐ Debilidad en brazos o piernas

Directivas Anticipadas:

Tiene un Poder Legal Médico: ☐ **Si** ☐ **No** Tiene un Testamento en Vida**:** ☐ **Si** ☐ **No**

Tiene una Directiva Anticipada? ☐ **Si** ☐ **No** Tiene una tarjeta de donante? ☐ **Si** ☐ **No**

Tiene una Directiva de No resucitar? ☐ **Si** ☐ **No**

Si respondió "sí" a cualquiera de las preguntas anteriores. Favor proporcione una copia del documento.

Enumere los nombres y las direcciones de los médicos a los que desea que le enviemos la correspondencia:

_____
_____
Nombre del médico y teléfono Nombre del médico y teléfono

_____
_____
Nombre del médico y teléfono Nombre del médico y teléfono

Como paciente usted reconoce que, al completar este formulario, constituye el resumen completo de su historial clínico.

Firma del Paciente _____ Fecha _____

Firma de la Enfermera _____ Fecha _____

Firma del Medico _____ Fecha _____

ADVOCATE
Radiation Oncology, LLC

Date: <Date of Service>
Patient Name: <Full Name>
DOB: <Date of Birth> Age: <Age>
Medical ID Number: <Patient Id 1>
Physician: <Primary Care Physician - Name, Phone and Address (Default)>
Referring Physician: <Primary Referring Physician - Name, Phone and Address (Default)>

Cuestionario Para Depresión

Durante las <u>últimas 2 semanas</u>, ¿qué tan seguido ha tenido molestias debido a los siguientes problemas? *(Marque con un " " para indicar su respuesta)*	**Ningún día**	**Varios días**	**Más de la mitad de los días**	**Casi todos los días**
1. Poco interés o placer en hacer cosas	0	1	2	3
2. Se ha sentido decaído(a), deprimido(a) o sin esperanzas	0	1	2	3
3. Ha tenido dificultad para quedarse o permanecer dormido(a), o ha dormido demasiado	0	1	2	3
4. Se ha sentido cansado(a) o con poca energía	0	1	2	3
5. Sin apetito o ha comido en exceso	0	1	2	3
6. Se ha sentido mal con usted mismo(a) – o que es un fracaso o que ha quedado mal con usted mismo(a) o con su familia	0	1	2	3
7. Ha tenido dificultad para concentrarse en ciertas actividades, tales como leer el periódico o ver la televisión	0	1	2	3
8. ¿Se ha movido o hablado tan lento que otras personas podrían haberlo notado? o lo contrario – muy inquieto(a) o agitado(a) que ha estado moviéndose mucho más de lo normal	0	1	2	3
9. Pensamientos de que estaría mejor muerto(a) o de lastimarse de alguna manera	0	1	2	3

ADVOCATE
Radiation Oncology, LLC

Date: <Date of Service>
Patient Name: <Full Name>
DOB: <Date of Birth> Age: <Age>
Medical ID Number: <Patient Id 1>
Physician: <Primary Care Physician - Name, Phone and Address (Default)>
Referring Physician: <Primary Referring Physician - Name, Phone and Address (Default)>

Consentimiento para obtener el historial de medicamentos del paciente

El historial de medicamentos del paciente es una lista de prescripciones que le han recetado los proveedores de atención médica. Una variedad de fuentes, incluidas farmacias y aseguradoras de salud, contribuyen a la recopilación de este historial.

La información recopilada se almacena en el sistema de registro médico electrónico de la clínica y se convierte en parte de su registro médico personal. El historial de medicamentos es muy importante para ayudar a los doctores y asistentes médicos a tratar sus síntomas y / o enfermedad de manera adecuada y evitar interacciones de medicamentos potencialmente peligrosas.

Es muy importante que usted y su doctor discutan todos sus medicamentos para asegurarse de que su historial de medicamentos registrado sea 100% exacto. Algunas farmacias no ofrecen información sobre el historial de prescripciones, y es posible que su historial de medicamentos no incluya los medicamentos comprados sin usar su seguro médico.

Además, es posible que no se incluyan los medicamentos de venta libre, los suplementos o los remedios herbales que usted toma por su cuenta.
Doy mi permiso para permitir que mi doctor y asistentes médicos obtenga mi historial de medicamentos de mi farmacia, mis planes de salud y mis otros proveedores de atención médica.

Signature of Patient or Legal Guardian:

_____

Patient Name:
_____ Date:_____

Valid for 1 year from date of signature

ADVOCATE
Radiation Oncology, LLC

Date: <Date of Service>
Patient Name: <Full Name>
DOB: <Date of Birth> Age: <Age>
Medical ID Number: <Patient Id 1>
Physician: <Primary Care Physician - Name, Phone and Address (Default)>
Referring Physician: <Primary Referring Physician - Name, Phone and Address (Default)>

CONSENTIMIENTO GENERAL PARA EL TRATAMIENTO, ACUERDO ECONÓMICO Y AUTORIZACIÓN DE COMUNICACIÓN

Precision Healthcare Specialists, LLC

Nos complace comunicarles que ahora formamos parte de **Precision Healthcare Specialists**. Esta transición nos permite ampliar nuestros recursos y seguir mejorando la atención que brindamos a nuestros pacientes y a la comunidad.

Qué significa esto para usted:

- **Su atención no cambiará.** Seguirá acudiendo con los mismos médicos y el mismo equipo de atención que conoce y en el que confía.
- **Su tratamiento y los servicios que recibe seguirán siendo los mismos.** No habrá cambios en la calidad ni en el enfoque de su atención.
- **Es posible que los recibos y otros formularios administrativos muestren un nuevo nombre.** Es posible que vea a **Precision Healthcare Specialists** en los recibos y comunicaciones relacionadas.

Si tiene alguna pregunta sobre esta actualización o sobre su cuenta, póngase en contacto con nuestra oficina. Estaremos encantados de ayudarle. Gracias por confiar en nosotros para brindarle atención médica.

Doy mi consentimiento voluntario para recibir evaluación médica, procedimientos de diagnóstico y tratamiento por parte de Precision Healthcare Specialists («proveedor de atención médica»), incluyendo a sus médicos, profesionales de la salud con práctica avanzada, enfermeros, técnicos, estudiantes, becarios y demás personal sanitario involucrado en mi atención.
Mi atención médica puede incluir:

- Evaluación y exploración médica
- Pruebas y procedimientos diagnósticos
- Pruebas de laboratorio y pruebas de imagen
- Administración de medicamentos
- Tratamiento y cuidados médicos de rutina
- Servicios de telesalud cuando sea apropiado

Entiendo que se me pueden recetar o administrar medicamentos, inyecciones, infusiones u otros tratamientos terapéuticos como parte de mi atención médica. Estos tratamientos pueden implicar riesgos o efectos secundarios potenciales, entre los que se incluyen reacciones alérgicas, efectos secundarios de los medicamentos, infecciones, hemorragias u otras complicaciones. Cuando sea clínicamente apropiado, mi proveedor de atención médica puede explicarme el propósito, los riesgos, los beneficios y las alternativas a estos tratamientos, y yo tendré la oportunidad de hacer preguntas antes de proceder.
Mi proveedor de atención médica puede discutir conmigo la naturaleza y el propósito de los tratamientos propuestos, los riesgos y beneficios sustanciales, y las alternativas razonables, incluida la opción de no recibir tratamiento, cuando sea clínicamente apropiado.
Tengo derecho a hacer preguntas sobre mi afección, el tratamiento propuesto, los riesgos, los beneficios y las alternativas, y tengo derecho a rechazar el tratamiento en la medida en que lo permita la ley. Entiendo que rechazar la atención recomendada puede afectar a los resultados de mi salud.
Soy responsable de informar a mi proveedor de atención médica sobre mi historial médico, los medicamentos que tomo, mis alergias y cualquier cambio en mi afección.

Entiendo que las personas involucradas en mi atención pueden incluir médicos, profesionales de la salud con práctica avanzada, enfermeros, auxiliares médicos, técnicos, becarios, estudiantes u otro personal sanitario autorizado que trabaje bajo la supervisión adecuada.

Autorizo al proveedor de atención médica a utilizar y divulgar mi información médica según sea necesario para el tratamiento, pago y operaciones de atención médica, incluida la coordinación con otros profesionales sanitarios que participen en mi atención, de conformidad con las leyes federales y estatales de privacidad aplicables.

Entiendo que se pueden tomar fotografías, vídeos u otras grabaciones con fines de diagnóstico, tratamiento, documentación médica, mejora de la calidad u operaciones de atención sanitaria. Estas imágenes se tratarán de acuerdo con las normas de privacidad y seguridad y la legislación aplicable.

El proveedor de atención médica puede utilizar tecnología para respaldar una atención al paciente de alta calidad y una documentación médica precisa, incluyendo reconocimiento de voz, herramientas de escucha ambiental y sistemas de documentación asistidos por inteligencia artificial (IA).
Los servicios de telesalud y otras tecnologías electrónicas dependen de sistemas de comunicación que, en ocasiones, pueden sufrir interrupciones, retrasos o fallos técnicos que podrían requerir la reprogramación de la cita o una visita presencial.
Entiendo que:

- Durante mi visita se puede utilizar tecnología para facilitar la documentación.
- Las conversaciones pueden procesarse electrónicamente para crear historiales médicos.
- Mi proveedor de atención médica revisa y aprueba toda la documentación registrada en mi historial médico.
- Estas herramientas sirven de apoyo a la documentación clínica y no sustituyen al criterio médico.

- La información recopilada se gestiona de acuerdo con las normas de privacidad y seguridad aplicables.

Entiendo que puedo solicitar que no se utilicen estas tecnologías durante mi visita y que mi atención no se verá afectada si me niego.

☐ Acepto el uso de la IA o la documentación asistida por tecnología durante mis visitas.

☐ Rechazo el uso de la IA o la documentación asistida por tecnología durante mis visitas.

Entiendo que ciertos procedimientos, tratamientos o intervenciones pueden implicar riesgos adicionales y pueden requerir documentos de consentimiento informado independientes. Cuando sea aplicable, se me explicarán estos procedimientos, incluidos los riesgos, los beneficios y las alternativas, y tendré la oportunidad de hacer preguntas antes de dar mi consentimiento para proceder.

Entiendo y acepto que:

- Todos los servicios profesionales prestados corren a cargo del paciente o de la persona designada.
- El pago debe efectuarse en el momento en que se prestan los servicios, a menos que se haya acordado lo contrario con antelación.
- Soy responsable de cualquier saldo no pagado por mi compañía de seguros, incluidos copagos, coaseguros, deducibles, servicios no cubiertos y reclamaciones denegadas.
- La verificación de las prestaciones del seguro no es garantía de pago. La cobertura la determina mi plan de seguro.
- Acepto proporcionar información actualizada y precisa sobre mi seguro y notificar al proveedor de atención médica cualquier cambio.
- Si mi cuenta entra en mora, podrá ser remitida a una agencia de cobro, y yo podré ser responsable de los gastos de cobro razonables, los honorarios de abogados y las costas judiciales, cuando lo permita la ley.

Por la presente, cedo y autorizo el pago directo de todas las prestaciones médicas y quirúrgicas, incluidas las prestaciones médicas importantes, a Precision Healthcare Specialists por los servicios prestados a mí o a mis dependientes.
Autorizo a mi(s) compañía(s) de seguros, incluyendo Medicare, seguros privados y cualquier otro plan de salud o médico, a emitir el pago directamente a Precision Healthcare Specialists. Entiendo que sigo siendo responsable financieramente de cualquier importe no cubierto por el seguro.
Una fotocopia o copia electrónica de esta autorización se considerará tan válida como el original.

Autorizo al proveedor de atención médica a divulgar la información necesaria para:

- Tramitar reclamaciones de seguro
- Obtener el pago
- Coordinar las prestaciones con las entidades pagadoras

Esta autorización permanecerá vigente hasta que yo la revoque por escrito.

Autorizo a Precision Healthcare Specialists, sus empleados, agentes, contratistas y afiliados a ponerse en contacto conmigo utilizando la información de contacto que he proporcionado en relación con mi atención médica, citas, tratamiento, facturación, políticas de la consulta, actualizaciones o cambios y servicios relacionados.

Los métodos de comunicación pueden incluir:

- Llamadas telefónicas
- Mensajes de texto (SMS)
- Mensajes de voz
- Correo electrónico
- Mensajes a través del portal del paciente
- Mensajes de voz automatizados o pregrabados
- Otros métodos de comunicación electrónica

Estas comunicaciones pueden incluir recordatorios de citas, coordinación de la atención, resultados de pruebas, cuestiones de facturación, novedades de la consulta, educación sanitaria e información sobre servicios que puedan ser relevantes para mi atención médica.

Entiendo que:

- Las llamadas o los mensajes pueden enviarse mediante sistemas de marcación automática o mensajes pregrabados.
- Los mensajes pueden dejarse en el buzón de voz o con otra persona, a menos que yo notifique lo contrario al proveedor de atención médica.
- Pueden aplicarse las tarifas estándar de mensajes y datos, dependiendo de mi plan de telefonía móvil.
- Puedo optar por no recibir determinadas comunicaciones en cualquier momento notificándolo al proveedor de atención médica o siguiendo las instrucciones para darlas de baja (como responder «STOP» a los mensajes de texto).

La firma de esta autorización es voluntaria. Mi tratamiento no estará condicionado a que dé mi consentimiento para recibir comunicaciones.

☐ Acepto recibir comunicaciones electrónicas
☐ No deseo recibir comunicaciones electrónicas

Consentimiento para contactarme con fines de marketing y comunicaciones

Al proporcionar mi información de contacto, doy mi consentimiento para recibir comunicaciones de Precision Healthcare Specialists y sus proveedores afiliados, que pueden incluir recordatorios de citas, información sobre cuidados de seguimiento, contenido educativo e información sobre servicios, programas o eventos que puedan ser de mi interés.
Estas comunicaciones pueden enviarse mediante llamada telefónica, mensaje de voz, mensaje de texto (SMS) o correo electrónico, utilizando la información de contacto que he proporcionado.
Entiendo que:

- El consentimiento para recibir comunicaciones de marketing o promocionales es voluntario y no es una condición para recibir tratamiento o servicios
- Pueden aplicarse tarifas de mensajes y datos por los mensajes de texto
- Puedo darme de baja en cualquier momento siguiendo las instrucciones de cancelación de suscripción incluidas en las comunicaciones o poniéndome en contacto directamente con la consulta

☐ Acepto recibir comunicaciones electrónicas
☐ No deseo recibir comunicaciones de marketing

Entiendo que, según la legislación de Florida, tengo derecho a tomar decisiones sobre mi atención médica, incluido el derecho a aceptar o rechazar un tratamiento y el derecho a formular instrucciones anticipadas. La información relativa a las instrucciones anticipadas está a mi disposición con previa solicitud.

Este consentimiento y autorización permanecerán en vigor durante toda la duración de mi tratamiento con Precision Healthcare Specialists, a menos que yo lo revoque por escrito.

He leído y comprendo este documento. He tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre mi atención, y mis preguntas han sido respondidas a mi satisfacción. Doy mi consentimiento voluntario para la evaluación y el tratamiento médicos y acepto los términos financieros y de comunicación descritos anteriormente.

Firma del paciente/responsable: _____
Nombre en letra de imprenta: _____
Relación con el paciente: _____

Testigo (opcional): _____ Fecha: _____

ADVOCATE
Radiation Oncology, LLC

Date: <Date of Service>
Patient Name: <Full Name>
DOB: <Date of Birth> Age: <Age>
Medical ID Number: <Patient Id 1>
Physician: <Primary Care Physician - Name, Phone and Address (Default)>
Referring Physician: <Primary Referring Physician - Name, Phone and Address (Default)>

Divulgación de Información del Paciente

Yo _____ soy paciente de Precision Healthcare Specialists y entiendo que debo informar a la entidad acerca de las personas a las que pueden divulgar mi información médica. Estas personas asignadas pueden ser cambiadas por mí en cualquier momento. Esta divulgación entra en vigencia en la fecha en que se firma y continuará hasta que sea cancelada, modificada, alterada o enmendada por mí o por mi representante legal designado. Esta entidad me ha notificado que tienen una lista de todas las personas y agencias o pagadores a quienes se puede divulgar mi información médica durante el curso de cualquier tratamiento médico en esta instalación.

HE LEÍDO EL FORMULARIO DE DIVULGACIÓN AUTORIZADA Y LO ENTIENDO.
Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización, por escrito, en cualquier momento, excepto cuando ya se hayan hecho usos o divulgaciones con base en mi permiso original. Es posible que no pueda revocar esta autorización si su propósito era obtener un seguro. Para revocar esta autorización, debo hacerlo por escrito y enviarla a la parte divulgadora correspondiente.

Entiendo que el uso y divulgaciones que ya se han realizado en base a mi permiso original no se pueden retirar.

Entiendo que es posible que la información utilizada o divulgada con mi permiso pueda ser divulgada nuevamente por el destinatario y ya no esté protegida por los Estándares de privacidad de HIPAA.

Entiendo que el tratamiento por parte de cualquier parte no puede estar condicionado a mi firma de esta autorización (a menos que el tratamiento se busque solo para crear información médica para un tercero o para participar en un estudio de investigación) y que puedo tener derecho a negarme a firmar esta autorización.

Recibiré una copia de esta autorización después de haberla firmado. Una copia de esta autorización es tan válida como el original.

Firma _____ Fecha _____ Firma de un Testigo (opcional) _____

Si la persona no puede firmar esta autorización, complete la siguiente información:

_____	_____	_____	_____
Nombre del Tutor/ Representante	Relación Legal	Fecha	Testigo

Por la presente autorizo a las siguientes personas a acceder a mi información médica en cualquier momento:

Nombre: _____ Nombre: _____

Relación: _____ Relación: _____

Número de Teléfono: _____ Número de Teléfono: _____

Dirección: _____ Dirección: _____

Date: <Date of Service>
Patient Name: <Full Name>
DOB: <Date of Birth> Age: <Age>
Medical ID Number: <Patient Id 1>
Physician: <Primary Care Physician - Name, Phone and Address (Default)>
Referring Physician: <Primary Referring Physician - Name, Phone and Address (Default)>

Nombre: _____ Nombre: _____

Relación: _____ Relación: _____

Número de Teléfono: _____ Número de Teléfono: _____

Dirección: _____ Dirección: _____

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____

Firma de un Testigo: _____ Fecha: _____

ADVOCATE
Radiation Oncology, LLC

Date: <Date of Service>
Patient Name: <Full Name>
DOB: <Date of Birth> Age: <Age>
Medical ID Number: <Patient Id 1>
Physician: <Primary Care Physician - Name, Phone and Address (Default)>
Referring Physician: <Primary Referring Physician - Name, Phone and Address (Default)>

Formulario de Divulgación de Registros Médicos

Nombre del Paciente: _____
Fecha de Nacimiento: _____Teléfono: _____
Dirección: _____
Ciudad: _____Estado: _____Código Postal: _____

1. *Autorizo el uso o divulgación de la información médica de la persona mencionada anteriormente como se describe a continuación:*

2. *La siguiente persona u organización está autorizada para hacer la divulgación.:*

Nombre: _____
Dirección: _____
Ciudad: _____Estado: _____Código Postal: _____

3. El tipo y la cantidad de información que se utilizará o divulgará es la siguiente: (incluya las fechas cuando corresponda).

____ Todos los registros médicos
____ Informes de consultas
____ Seguimiento
____ Resultados de laboratorio / informes de rayos X
____ Notas de progreso
____ Previo Dosimetry Plan Printout, EOT, y todos los registros DICOM
____ Otro (favor especifique) _____

4. Entiendo que la información en mis registros médicos puede incluir información relacionada con enfermedades de transmisión sexual, síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o virus de inmunodeficiencia humana (VIH). También puede incluir información sobre servicios de salud mental o temperamental y tratamiento para el abuso de alcohol y drogas.

5. *Esta información puede ser divulgada y utilizada por la siguiente persona u organización.*

Nombre: **Advocate Radiation Oncology (Precision Healthcare Specialists)**

☐ Port Charlotte
3080 Harbor Blvd
Port Charlotte, FL 33952
Phone: (941) 883-2199
Fax: (941) 979-5041

☐ Fort Myers
15681 New Hampshire Ct.
Fort Myers, FL 33908
Phone: (239) 437-1977
Fax: (239) 437-1889

☐ Cape Coral
909 Del Prado Blvd. S
Cape Coral, FL 33990
Phone: (239) 217-8070
Fax: (239) 217-8069

☐ Bonita Springs
25243 Elementary Way
Bonita Springs, FL 34135
Phone: (239) 317-2772
Fax: (239) 676-7637

☐ Naples
1775 Davis Blvd
Naples, FL 34102
Phone (239) 372-2838
Fax: (239) 372-2839

☐ Bradenton
5325 E St Road 64
Bradenton, FL 34208
Phone (941) 220-6263
Fax: (386) 490-9100

☐ Wellen Park

☐ Tamarac

☐ West Palm Beach

ADVOCATE
Radiation Oncology, LLC

Date: <Date of Service>
Patient Name: <Full Name>
DOB: <Date of Birth> Age: <Age>
Medical ID Number: <Patient Id 1>
Physician: <Primary Care Physician - Name, Phone and Address (Default)>
Referring Physician: <Primary Referring Physician - Name, Phone and Address (Default)>

8026 Tamiami Trail
Venice, FL 34293-5113
Phone (941) 220-6460
Fax (941) 220-5284

7850 N University Drive
Tamarac, FL 33321
Phone (754) 205-0099
Fax (954) 388-58491

4832 Okeechobee Blvd
West Palm Beach, FL 33417
Phone (561) 277-0786
Fax (561) 277-0831

☐ Broward General
1625 SE 3rd Ave
Fort Lauderdale, FL 33316

Phone: (954) 355-5365
Fax: (954) 355-4395

☐ Broward North
201 E Sample Rd.
Deerfield Beach, FL 33064

Phone: (954) 786-6838
Fax: (954) 786-6522

☐ Proton Center
9961 Estero Oaks Dr
Fort Myers, FL 33316

Phone: (239) 396-5162
Fax: (239) 645-4186

☐ Lakewood Ranch
8976 77th Terrace East
Lakewood Ranch, FL 34202
Phone: (941) 907-9053
Fax: (941) 907-9473

Con el propósito de: _____

6. Entiendo que tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento. Entiendo que si revoco esta autorización debo hacerlo por escrito y presentar mi revocación por escrito al departamento de administración de información médica. Entiendo que la revocación no se aplicará a mi compañía de seguros cuando la ley le otorgue a mi aseguradora el derecho a impugnar un reclamo bajo mi póliza. A menos que se revoque de otra manera, **esta autorización vencerá en la siguiente fecha, evento o condición**:

---

7. Si no especifico una fecha de vencimiento, evento o condición, esta autorización vencerá en un año. Entiendo que autorizar la divulgación de esta información médica es voluntario. Puedo negarme a firmar esta autorización. No necesito firmar este formulario para asegurar el tratamiento. Entiendo que puedo inspeccionar o copiar la información que se utilizará o divulgará, según lo dispuesto en CFR 164.524. Entiendo que cualquier divulgación de información conlleva la posibilidad de una nueva divulgación no autorizada y es posible que la información no esté protegida por las reglas federales de confidencialidad. Si tengo preguntas sobre la divulgación de mi información médica, puedo contactar a un representante de la clínica en cualquiera de las oficinas de Adcocate Radiation Oncology (Precision Healthcare Specialists).

.

_____ _____ _____
Firma del paciente o representante legal | Nombre impreso del representante y relación con el paciente | Fecha

TENGA EN CUENTA: Esta información le ha sido revelada a usted de registros confidenciales protegidos contra la divulgación por las leyes estatales y federales. No se debe realizar ninguna divulgación adicional de esta información sin una divulgación específica, por escrito e informada de la persona a la que pertenece o según lo permita la ley estatal y federal.