

## Bienvenida a Women's Cancer Care Associates

Nos sentimos honradas de que nos haya elegido para acompañarla en su atención médica. Dentro de este paquete encontrará los formularios para pacientes nuevos. Por favor, complételos lo más detalladamente posible y tráigalos a su cita junto con lo siguiente:

- Una lista de sus medicamentos actuales, incluyendo nombres y dosis (o los frascos, si lo prefiere)
- Cualquier pregunta que tenga sobre su diagnóstico o el plan de tratamiento
- Su(s) tarjeta(s) de seguro médico y una identificación con foto válida

### Qué Puede Esperar en Su Primera Cita

Esta primera cita es una consulta médica—no una cirugía—por lo que puede comer, beber y tomar sus medicamentos habituales con normalidad. Su doctora podría necesitar realizar un examen físico, así que le recomendamos usar ropa cómoda y venir preparada por si acaso.

Llegar bien preparada nos ayuda a brindarle la mejor atención posible—y puede aliviar cualquier ansiedad que sienta antes de su visita. Usted conoce su cuerpo mejor que nadie. Estamos aquí para escucharla.

### Seguro Médico y Pagos

Nuestro consultorio recibe la información de su seguro médico del proveedor que la refiere y la verifica antes de su cita. Si no podemos verificar su cobertura—o si su seguro está inactivo—será responsable de un pago de \$300 por la consulta, el cual se cobrará al momento del registro. Aceptamos pagos en efectivo o cheque (de preferencia), así como tarjetas de crédito.

Tenga en cuenta que todas las transacciones con tarjeta de crédito incluyen un recargo del 3%.

### ¿Necesita Reprogramar?

Entendemos que la vida a veces toma giros inesperados. Si necesita cancelar o cambiar su cita, llámenos con al menos **48 horas de anticipación al 708.375.2505**. Esto nos permite ofrecer ese horario a otra paciente que lo necesite.

Las citas perdidas sin aviso previo tendrán **un cargo de \$50 por no presentarse**, y cualquier cita futura podrá requerir aprobación médica para ser reprogramada.

Estamos aquí para apoyarla en cada paso del camino. Si tiene preguntas antes de su visita, no dude en llamarnos.

Con cariño,



**Rajul Kothari, MD**

Women's Cancer Care Associates

## Información del Paciente

**Nombre:** \_\_\_\_\_

**Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_

**Edad:** \_\_\_\_\_

**Dirección:** \_\_\_\_\_

**Número de Seguro Social:** \_\_\_\_\_

**Correo electrónico:** \_\_\_\_\_

**Teléfono celular:** \_\_\_\_\_

**Teléfono de casa:** \_\_\_\_\_

**Teléfono del trabajo:** \_\_\_\_\_

¿Podemos dejar un mensaje? No Sí

Si respondió sí, marque:

Celular Casa Trabajo Otro: \_\_\_\_\_

**Nombre y dirección del empleador:**

\_\_\_\_\_

**Contacto de emergencia:** \_\_\_\_\_

**Relación:** \_\_\_\_\_

**Teléfono:** \_\_\_\_\_

**Referido por:** \_\_\_\_\_

**Dirección y teléfono del médico remitente:**

\_\_\_\_\_

**Médico de atención primaria:** \_\_\_\_\_

**Dirección y teléfono del médico de atención primaria:**

\_\_\_\_\_

¿Tiene una directiva anticipada? No Sí

(Si respondió sí, por favor proporcione una copia)

**Dirección y teléfono de la farmacia:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Seguro Médico Primario**

Compañía: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Titular de la póliza: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

Número de póliza o miembro: \_\_\_\_\_

Número de grupo: \_\_\_\_\_

**Seguro Médico Secundario**

Compañía: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Titular de la póliza: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

Número de póliza o miembro: \_\_\_\_\_

Número de grupo: \_\_\_\_\_

Según mi leal saber y entender, toda la información proporcionada es verdadera y correcta.

Firma del paciente o tutor responsable: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

## Consentimiento Para la Atención y Acuerdo Financiero

### **CONSENTIMIENTO PARA LA ATENCIÓN Y TRATAMIENTO:**

Consiento en recibir servicios ambulatorios y atención médica de rutina, que pueden incluir, entre otros, exámenes, pruebas, tratamientos, procedimientos de laboratorio, estudios de imagen, medicamentos, terapias y/o procedimientos menores en consultorio que mi médica, la Dra. Rajul Kothari, MD, operando bajo el nombre de WOMEN'S CANCER CARE ASSOCIATES, considere necesarios o recomendables para mí o para el/la paciente nombrado/a en este formulario.

Entiendo que otros profesionales de la salud, incluidos asistentes médicos y enfermeras, bajo supervisión, pueden participar en mi tratamiento, y consiento dicha participación en mi atención.

Entiendo que la medicina no es una ciencia exacta, y reconozco que no se me han hecho garantías sobre los resultados de los tratamientos propuestos.

### **CONSENTIMIENTO PARA EL USO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA:**

Autorizo el uso y la divulgación de mi Información Médica Protegida por parte de Women's Cancer Care Associates con fines de tratamiento, pago, continuidad de atención y otras operaciones relacionadas con el cuidado de la salud.

La información divulgada puede incluir condiciones médicas, historial de medicamentos, resultados de pruebas y tratamientos.

Autorizo a Women's Cancer Care Associates a intercambiar información de manera mutua con el/los médico(s) remitente(s) y/o sus asociados.

Consulte el formulario titulado **Notificación de Prácticas de Privacidad** para obtener más detalles.

### **CESIÓN DE BENEFICIOS Y AUTORIZACIONES DE SEGURO:**

Por la presente autorizo a Women's Cancer Care Associates a proporcionar información a las aseguradoras sobre mi condición médica y tratamiento.

Cedo todos los pagos correspondientes a los servicios médicos prestados.

Entiendo que soy responsable por todos los servicios que no estén cubiertos por el seguro.

**AUTORIZACIÓN DE MEDICARE/MEDICAID:**

Solicito que los pagos correspondientes a los beneficios autorizados de Medicare/Medicaid sean realizados en mi nombre a Women's Cancer Care Associates por los servicios que se me hayan prestado.

Autorizo a cualquier persona que posea información médica sobre mí a divulgarla a los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) y sus agentes para determinar los beneficios pagaderos relacionados con estos servicios.

**ACUERDO FINANCIERO:**

En consideración por los servicios prestados por Women's Cancer Care Associates, garantizo el pago oportuno de todos los servicios no cubiertos por aseguradoras u otros terceros.

Entiendo que cualquier monto no cubierto por mi seguro o por un pagador externo es mi responsabilidad personal, y acepto realizar dicho pago.

Si Women's Cancer Care Associates no recibe el pago, la cuenta podrá ser remitida a un abogado o a una agencia de cobranza; en ese caso, acepto pagar todos los costos razonables de cobranza, incluidos honorarios de abogados y/o costos de la agencia, además del monto adeudado.

También entiendo que cualquier deducible, coseguro o copago debe ser abonado al momento de recibir los servicios.

Autorizo al consultorio a presentar reclamaciones de seguro en mi nombre.

Autorizo la divulgación de cualquier información médica necesaria para procesar una reclamación.

Si por cualquier motivo la aseguradora no cubre los cargos, entiendo que soy financieramente responsable por el pago de dichos cargos.

Se requiere la firma del paciente y del tutor legal si el paciente es menor de 18 años.

## REVOCACIÓN

Este consentimiento puede ser revocado por mí en cualquier momento mediante notificación escrita, excepto en la medida en que ya se hayan tomado acciones basadas en el consentimiento previamente otorgado.

## RECONOCIMIENTO

Mi firma a continuación constituye mi reconocimiento y acuerdo de que he leído y entiendo los siguientes formularios que me han sido proporcionados por Women's Cancer Care Associates:

- NOTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD
- CONSENTIMIENTO PARA LA ATENCIÓN Y ACUERDO FINANCIERO

He recibido una copia de estos documentos. Se me brindó la oportunidad de hacer preguntas, y todas las preguntas que realicé fueron respondidas a mi satisfacción.

**Firma del paciente o tutor responsable:** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_

## Información Médica Protegida - Derecho de Acceso

Autorizo a todos los médicos y al personal profesional que trabaja con Women's Cancer Care Associates a divulgar la información médica protegida que se detalla a continuación a las siguientes personas, a solicitud de una o más de ellas.

**Nombre del paciente:** \_\_\_\_\_

**Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_

Nombre	Relación con el paciente	Número de teléfono	Información que puede divulgarse	¿Podemos contactarle si no podemos comunicarnos con usted?

**Nota:** Por favor especifique qué información puede ser divulgada:

Historial médico completo

Información específica: \_\_\_\_\_

**Contacto de emergencia:**

**Nombre:** \_\_\_\_\_

**Relación:** \_\_\_\_\_

**Número de teléfono:** \_\_\_\_\_

**Reconozco y entiendo lo siguiente:**

1. Entiendo que Women's Cancer Care Associates no divulgará ninguna información a personas no listadas anteriormente, a menos que la divulgación sea con fines de tratamiento, pago u operaciones relacionadas con el cuidado de la salud.
2. He recibido la Notificación de Prácticas de Privacidad de Women's Cancer Care Associates.
3. Mi información médica protegida puede estar sujeta a ser divulgada nuevamente por una o más de las personas mencionadas arriba, y por lo tanto, puede dejar de estar protegida por leyes estatales o federales.
4. Esta autorización no tiene fecha de vencimiento, a menos que sea revocada de manera efectiva por escrito.

**Firma del paciente:** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_

**Representante o tutor del paciente:**

**Nombre (en letra de molde):** \_\_\_\_\_

**Relación con el paciente:** \_\_\_\_\_

**¿Cuál es su autorización para actuar en nombre del paciente?:** \_\_\_\_\_

**Firma:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

## Historial Médico del Paciente

Nombre (nombre y apellido): \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Marque si corresponde

	Problema Médico	Fecha	Médico
	Dependencia del alcohol		
	Enfermedad de la válvula cardíaca		
	Anemia		
	Hepatitis: Tipo ___		
	Angina/Dolor en el pecho		
	Presión arterial alta		
	Ansiedad		
	Colesterol alto		
	Asma		
	VIH/SIDA		
	Trastorno sanguíneo		
	Enfermedad inflamatoria intestinal		
	Cáncer		
	Enfermedad renal, Etapa ___		
	Cirrosis		
	Neuropatía		
	Colostomía/Ileostomía		
	Trasplante de órgano, Tipo _____		
	Enfermedad arterial coronaria		
	Parkinson's Disease		
	Enfermedad de Parkinson		
	Insuficiencia cardíaca congestiva		
	Parálisis		
	EPOC		
	Neumonía		
	Depresión		
	Trastorno convulsivo		
	ERGE/Acidez/Reflujo		

	Problema Médico	Fecha	Médico
	Accidente cerebrovascular		
	Arritmia cardíaca		
	Enfermedad de la tiroides		
	Ataque cardíaco		
	Úlcera		
	Artritis reumatoide		
	Esquizofrenia		
	Diabetes Tipo ____		
	Enfermedad de Alzheimer		
	Dependencia de drogas, Tipo ____		

Otros problemas médicos no listados arriba: \_\_\_\_\_

Alergias a medicamentos: NINGUNA SÍ Si marcó "SÍ", por favor liste a continuación:

\_\_\_\_\_

¿Es alérgico a alguno de los siguientes?: Contraste/Tinte IV Látex Cinta adhesiva Vacunas

### Hospitalizaciones y Cirugías

Fecha	Cirugía/Motivo de hospitalización	Lugar	Médico



## Vacunas

(Por favor marque "N" si no tiene historial de esta vacuna)

Vacuna	Fecha	N	Vacuna	Fecha	N
Influenza			COVID 19 Pfizer Moderna J&J		
Neumococo			Hepatitis B		

## Historial Familiar

**Indique la enfermedad y la edad al momento del diagnóstico.**

Por favor especifique si es materno o paterno.

Marque la casilla si el familiar ha fallecido.

Familiar	Enfermedad	Edad	Fallecimiento	Familiar	Enfermedad	Edad	Fallecimiento
Madre				Padre			
Abuela				Abuelo			
Hermana				Hermano			
Tía				Tío			
Hija				Hijo			

## Historial Social

### Vivienda:

Con la familia      Solo/a      Centro de atención

**Ocupación:** \_\_\_\_\_

### ¿Consume bebidas alcohólicas?:

No      Sí

Si respondió "Sí", ¿con qué frecuencia?:

Diariamente \_\_\_\_      Semanalmente \_\_\_\_      Mensualmente \_\_\_\_

### ¿Usa tabaco?:

No      Sí

Si respondió "Sí", ¿cuántos paquetes por día? \_\_\_\_\_

### ¿Ha consumido drogas ilegales?:

No      Sí

Si respondió "Sí", ¿cuándo? \_\_\_\_\_

**¿Usa marihuana?:**

No      Sí

Si respondió "Sí", ¿tiene tarjeta de marihuana medicinal?:

No      Sí

**¿Ha recibido una transfusión de sangre alguna vez?:**

No      Sí

Si respondió "Sí", por favor indique el motivo: \_\_\_\_\_

**Fecha de la transfusión más reciente:** \_\_\_\_\_

## Historial Obstétrico y Ginecológico

**Número de embarazos:** \_\_\_\_\_

**Número de nacimientos vivos:** \_\_\_\_\_

**Número de partos vaginales:** \_\_\_\_\_

**Número de cesáreas:** \_\_\_\_\_

**Número de abortos:** \_\_\_\_\_

**Número de abortos espontáneos (pérdidas):** \_\_\_\_\_

**¿Está actualmente embarazada?**

No      Sí

**¿Utiliza anticonceptivos?**

No      Sí

**¿Ha usado estrógenos?**

No      Sí      Si respondió "Sí", ¿por cuánto tiempo? \_\_\_\_\_

**Edad de la primera menstruación:** \_\_\_\_\_

**Edad al llegar a la menopausia (si aplica):** \_\_\_\_\_

**Infecciones de transmisión sexual:** \_\_\_\_\_

**Otros problemas ginecológicos (por ejemplo: fibromas, endometriosis):**

\_\_\_\_\_