



# BEVERLY ONCOLOGY & IMAGING Medical Group, Inc.

Oficina \_\_\_\_\_ Verificado por: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## REGISTRO DEL PACIENTE

Cuenta: \_\_\_\_\_ DX: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_  
(Apellido) (Nombre)

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Zona Postal \_\_\_\_\_

No. de Seguro Social \_\_\_\_\_ Tel. casa ( ) \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Como prefiere que nos comuniquemos con usted? Teléfono  Correo  Correo electrónico \_\_\_\_\_

Casado  Soltero  Viudo  Divorciado  Idioma preferido \_\_\_\_\_

Raza \_\_\_\_\_ Grupo étnico \_\_\_\_\_ Religión \_\_\_\_\_

Compañía \_\_\_\_\_ Tel. ( ) \_\_\_\_\_

(Dirección) (Ciudad) (Estado) (Zona Postal)

Ocupación Anterior/Actual \_\_\_\_\_

Nombre del Cónyuge \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_

Compañía donde trabaja el Cónyuge \_\_\_\_\_ Tel. ( ) \_\_\_\_\_

Contacto de Emergencia (que no viva con usted) \_\_\_\_\_ Tel. ( ) \_\_\_\_\_

(Dirección) (Ciudad) (Estado) (Zona Postal)

## INFORMACION DEL MEDICO

(Es importante que usted de los nombres de todos sus médicos para mantenerlos informados de su tratamiento)

Doctor que le refirió \_\_\_\_\_ Médico de cabecera \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_

Tel. ( ) \_\_\_\_\_ Tel. ( ) \_\_\_\_\_

FAX# ( ) \_\_\_\_\_ FAX # ( ) \_\_\_\_\_

NPI# \_\_\_\_\_ NPI# \_\_\_\_\_

Cirujano \_\_\_\_\_ Oncólogo \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ (quimioterapia) Dirección \_\_\_\_\_

Tel. ( ) \_\_\_\_\_ Tel. ( ) \_\_\_\_\_

FAX# ( ) \_\_\_\_\_ FAX # ( ) \_\_\_\_\_

NPI# \_\_\_\_\_ NPI# \_\_\_\_\_

(CONTINUE POR FAVOR)

### CUIDADO MEDICO A DOMICILIO

¿Está usted ahora o ha estado usted alguna vez bajo el cuidado de una agencia encargada de dar servicio a domicilio?      Sí       No

En caso positivo, indique el nombre de la agencia y su número telefónico \_\_\_\_\_

### INSTRUCCIONES DEL PACIENTE

¿Tiene usted un testamento activo para cuidados médicos?      Sí       No

¿Tiene usted un Poder Legal Duradero?      Sí       No

Mí apoderado para el Poder Legal Duradero es: \_\_\_\_\_ Tel (    ) \_\_\_\_\_

¿Antes de ingresar al hospital, tiene usted una autorización Para No Resucitar?      Si       No

### RADIACION PREVIA

¿Usted ha sido tratado(a) previamente con radiación?      Sí       No

Si contesto si, ¿cuando? \_\_\_\_\_

¿Donde fue tratado(a)? \_\_\_\_\_

### ESTUDIOS CLINICOS

¿Esta participando en un estudio clínico?      Sí       No

Al firmar este documento, confirmo que he recibido:

- Información de mis derechos de aceptar cualquier tratamiento médico o quirúrgico
- Información de mis derechos de rehusar cualquier tratamiento médico o quirúrgico que yo decida no aceptar
- Información sobre Instrucciones del Paciente y entiendo que mi cuidado no será comprometido ya sea que firme o no una Instrucción

Firma del Paciente \_\_\_\_\_ Testigo \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

CC: Paciente            Fecha \_\_\_\_\_

Archivado en el Expediente Médico del paciente            Fecha \_\_\_\_\_



# BEVERLY ONCOLOGY & IMAGING Medical Group, Inc.

**NOMBRE DEL PACIENTE:** \_\_\_\_\_

## CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACION MEDICA

### ACUSE DE RECIBO DE LA NOTIFICACION DE PROCEDIMIENTOS DE CONFIDENCIALIDAD

Al firmar al final de este documento, acuso recibo de una copia de la Notificación de Procedimientos de Confidencialidad del Beverly Oncology & Imaging Medical Group, Inc.

Autorizo al Beverly Oncology & Imaging Medical Group, Inc. a entregar información sobre mi condición médica a los siguientes miembros específicos de mi familia; a la persona encargada de mi atención médica; y amigos:

**(favor incluir nombre, número de teléfono y parentesco)**

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

### ACUSE DE RECIBO DE POSIBLE EXPLORACION MEDICA PARA EXPERIMENTOS CLINICOS

Al firmar al final de este documento, certifico que he sido informado de que, sujeto a previa opinión de mi médico, exploración médica y proceso de selección, podría ser candidato para participar en un experimento clínico relacionado con mi condición médica, tratamiento o ambos. Por medio del presente documento estoy de acuerdo en que los médicos y el personal del Beverly Oncology & Imaging Medical Group, Inc. deberán tener el menor acceso posible a mi información médica para una exploración médica preliminar.

Además, acepto y estoy de acuerdo en que mi información médica no será entregada a terceros para evaluación adicional, exploración médica adicional o para cualquier proceso de selección para experimentos clínicos sin que yo autorice la entrega de dicha información; ni tampoco será inscrito en ningún experimento clínico sin mi consentimiento específico.

\_\_\_\_\_  
**Firma del Paciente o Representante personal**

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

\_\_\_\_\_  
*Descripción de autoridad del Representante personal*

\_\_\_\_\_  
*Dirección del Representante personal*

\_\_\_\_\_  
*Número de teléfono del contacto*

Archivado en el Expediente Médico del Paciente  Fecha \_\_\_\_\_



**BEVERLY ONCOLOGY & IMAGING**  
MEDICAL GROUP, INC.

**AUTORIZACION PARA LA ENTREGA DE EXPEDIENTES MEDICOS**

120 W Beverly Boulevard  
Montebello, CA 90640  
Tel. (323) 724 8780  
Fax. (323) 728 9936

80 S. Palm Avenue  
Alhambra, CA 91801  
Tel. (626) 571-6729  
Fax. (626) 571-1170

Por medio de este documento autorizo al Dr. \_\_\_\_\_

a suministrar información médica de \_\_\_\_\_ (paciente) al Beverly  
Oncology & Imaging Medical Group, Inc. a la dirección arriba indicada (Código Civil 56.10, de California,  
Capítulo 17)

Clase de expediente(s) / Información para ser entregada:

Alguna y toda la información puede ser entregada \_\_\_\_\_ (Iniciales del paciente)

Expediente (s) específico(s) / Información especificada abajo \_\_\_\_\_ (Iniciales del paciente)

Expedientes relacionados con el tratamiento Psiquiátrico/Salud Mental (código CAL W&I, artículo 5328); Alcohol /  
Abuso de drogas (Artículo 42 Sección 2 Código de Regulaciones Federales); Resultados del VIH /Tratamiento para  
el SIDA (Código de Salud y Seguridad 120980) están amparados bajo los códigos de confidencialidad indicados en  
paréntesis. Está prohibido volver a dar a conocer cada uno de estos expedientes sin la autorización escrita de la  
persona que recibe este tratamiento, a menos que estas regulaciones lo permitan. La autorización general para  
la entrega de información médica y otra clase de información no es suficiente.

**ESTA AUTORIZACION DE ENTREGA ENTRARA EN VIGENCIA INMEDIATAMENTE Y  
PERMANECERA VALIDA DURANTE EL SIGUIENTE PERIODO:** Usted podrá revocar esta  
autorización de entrega de información en cualquier momento. Sin embargo, la información  
pudo haber sido ya entregada con base en esta autorización. **Usted debe poner sus  
iniciales en uno de los siguientes espacios en blanco para que la solicitud sea válida:**

\_\_\_\_\_ Esta autorización caduca tan pronto la información es entregada. Esta entrega sólo  
se hace una vez.

\_\_\_\_\_ Esta autorización caduca en los próximos seis (6) meses después de la fecha de la firma abajo  
indicada.

\_\_\_\_\_ Esta autorización caduca tal y como se especifica. \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Escriba su nombre en letra de imprenta

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





# BEVERLY ONCOLOGY & IMAGING Medical Group, Inc.

**NOMBRE DEL PACIENTE:** \_\_\_\_\_

## **CONTRATO FINANCIERO POLITICA FINANCIERA / CONDICIONES DE PAGO**

### **EL PAGO DEBE HACERSE AL MOMENTO DE RECIBIR EL SERVICIO:**

Como cortesía y en su nombre, nosotros enviaremos la factura a la mayoría de las compañías de seguros siempre y cuando tengamos toda la información necesaria.

En caso de que su compañía de seguros niegue su reclamo o parte del mismo, usted será responsable del saldo total pendiente.

A los pacientes que paguen de contado se les exigirá un depósito mínimo del 20% en su primera visita, y abonos adicionales pagaderos en cada una de las visitas subsecuentes. El saldo del costo de su tratamiento deberá ser cancelado en su totalidad al momento de su última visita o antes de ella.

### **PAGO COMPARTIDO Y DEDUCIBLES DEBEN SER PAGADOS AL MOMENTO DE RECIBIR EL SERVICIO:**

Los pacientes asegurados deberán responder por todos los cargos no pagados por la compañía de seguros dentro de los próximos 45 días a partir de la fecha del servicio. Se pueden hacer arreglos individuales para planes de pago **a nuestra discreción**. Nos reservamos el derecho de conceder crédito.

### **OTRAS CONDICIONES:**

Entiendo que soy responsable de todos los cargos aun cuando hayan reclamos pendientes con la compañía de seguros.

Acepto pagar costos razonables de cobro más intereses a la máxima tasa legal, sobre la cantidad vencida pero no pagada de acuerdo con este contrato.

En caso de recibir un pago directo de mi compañía de seguros por los servicios prestados por Beverly Oncology & Imaging Medical Group, Inc., acepto enviar dicho pago directamente a Beverly Oncology & Imaging Medical Group, Inc. dentro de las próximas 48 horas de haberlo recibido.

Sujeto a lo estipulado por la Regulación de Confidencialidad de HIPAA, autorizo a Beverly Oncology & Imaging Medical Group, Inc. a entregar la información médica necesaria para procesar un reclamo de seguros, beneficios o ambos.

Autorizo a mi compañía de seguros, proveedor de servicios o ambos, a pagar directamente a Beverly Oncology & Imaging Medical Group, Inc. los beneficios médicos, quirúrgicos o ambos relacionados con mi tratamiento, y entiendo que me responsabilizo del pago de aquellos cargos no pagados por mi compañía de seguros, proveedor de beneficios o ambos.

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

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

**SI EL PACIENTE ES MENOR DE EDAD, EL PADRE O TUTOR DEBERA LLENAR Y FIRMAR ESTE FORMULARIO.**

Archivado en el Expediente Médico del Paciente

Fecha \_\_\_\_\_



**BEVERLY ONCOLOGY  
& IMAGING**

**AUTHORIZATION FOR RELEASE OF INFORMATION**

I hereby authorize Beverly Oncology & Imaging Medical Group, Inc. to furnish my insurance company, and/or my attorney, my other Doctor's, etc., all of the information concerning my present illness or injury.

**Signed:** \_\_\_\_\_

**Date:** \_\_\_\_\_

Los, Angeles, California

**AUTHORIZATION FOR RELEASE OF INFORMATION**

I \_\_\_\_\_ hereby authorize \_\_\_\_\_  
(name of insured) (name of Company)

To pay directly to Beverly Oncology and Imaging the surgical and/or medical benefits, if any, otherwise payable to me for his/her services but not to exceed the charges for those services. I understand that I am financially responsible for those charges not paid by the insurance carrier.

**Signed:** \_\_\_\_\_

**Date:** \_\_\_\_\_

Los, Angeles, California



## ACUERDO DE ARBITRAJE ENTRE MEDICO Y PACIENTE

**Artículo 1: Acuerdo de someterse a arbitraje:** Por el presente se acuerda que cualquier disputa referente a negligencia profesional, es decir, en lo que se refiera a si cualquiera de los servicios médicos efectuados bajo este acuerdo fueron innecesarios o no autorizados o fueron llevados a cabo, inadecuada, negligente o incompetentemente, se determinará por medio de un arbitraje en conformidad con las leyes de California, y no por medio de un juicio o recurso a procedimiento de corte, con excepción de la revisión judicial de los procedimientos de arbitraje conforme a las leyes de California. Ambos participantes en este contrato, por el hecho de entrar a este contrato, están renunciando sus derechos constitucionales que cualquiera disputa sea decidida en corte frente a un jurado, y, en su lugar, aceptan el uso de arbitraje.

**Artículo 2: Todos los reclamos deben someterse a arbitraje:** Es la intención de los participantes que por medio de este acuerdo sea obligatorio para todos aquellos cuyos reclamos surjan o estén vinculados con el tratamiento o los servicios prestados por el médico incluyendo a cualquier cónyuge o heredero del paciente y a cualquier hijo que haya nacido o no en el momento en que ocurrió el acontecimiento que dió lugar a dicho reclamo. En el caso de una madre embarazada, el término "paciente" se referirá tanto a la madre como al bebé o los bebés que la madre espera.

Todos los reclamos por daños y perjuicios monetarios que excedan el límite de la jurisdicción de la corte de reclamos de menor cuantía contra el médico, y los socios del médico, asociados, corporación o sociedad colectiva, y los empleados, agentes o propiedad de cualquiera de ellos, deben someterse a arbitraje incluyendo, pero no limitándose, a reclamos por pérdida de consorcio conyugal, muerte por negligencia, trastornos emocionales o daños punitivos. Que el médico haya entablado una acción judicial en cualquier corte con el fin de cobrar honorarios del paciente no significará una renuncia al derecho de someter a arbitraje cualquier reclamo por negligencia médica.

**Artículo 3: Procedimientos y Derecho Aplicable:** Se requiere que todos los participantes sean notificados por escrito en caso de una solicitud de arbitraje. Cada uno de los participantes deberá escoger un árbitro (árbitro del participante) dentro de un plazo de treinta días y los árbitros nombrados por los participantes escogerán un tercer árbitro (árbitro neutral) dentro del plazo de treinta días después de la solicitud por un árbitro neutral de cualquiera de las dos partes. Cada participante del arbitraje deberá pagar su porción prorrateada correspondiente de los costos y honorarios del árbitro neutral, además de otros gastos de arbitraje incurridos o aprobados por el árbitro neutral, excluyendo los honorarios de los abogados o de los testigos u otros gastos incurridos por una de las partes para el beneficio propio del participante. Los participantes estipulan que los árbitros tendrán la inmunidad de un oficial judicial contra la responsabilidad civil mientras está actuando en la capacidad de árbitro bajo este contrato. Esta inmunidad suplementará y no reemplazará, cualquiera otra ley, sea común o estatutoria, que se aplique.

Por medio de una petición escrita al árbitro neutral, cada uno de los participantes podrá ejercer un derecho absoluto de someter separadamente al arbitraje los asuntos de responsabilidad por daños y perjuicios.

Los participantes acceden a que toda persona o entidad que, de otra manera, sería una parte adicional oportuna en una acción judicial, pueda intervenir y participar en este arbitraje, y en caso de que tal intervención o participación ocurra, toda acción jurídica existente contra dicha persona o entidad adicional se suspenderá hasta el momento del arbitraje.

Los participantes estipulan que las disposiciones de las leyes de California aplicables a los profesionales que suministran atención médica se aplicarán a las disputas incluidas en este acuerdo de arbitraje, incluyendo, pero sin limitarse a, las Secciones 340.5 y 667.7 del Código de Procedimientos Civiles y Secciones 3333.1 y 3333.2 del Código Civil. Cualquier participante puede presentar a los árbitros una solicitud para una decisión sumaria o una adjudicación sumaria en conformidad con el Código de Procedimientos Civiles. El proceso de descubrimiento será conducido en conformidad con el Código de Procedimientos Civiles de California, Sección 1283.05, sin embargo, las deposiciones se pueden llevar a cabo sin antes tener el permiso del árbitro neutral.

**Artículo 4: Disposiciones Generales:** Todos los reclamos basados en el mismo incidente, transacciones o circunstancias vinculadas deberán ser sometidas a arbitraje en el mismo procedimiento. Se renunciará al reclamo o este se anulará para siempre si (1) en la fecha en que se reciba su notificación, el reclamo, en caso de ser parte de una acción civil, fuera excluido bajo el estatuto de limitaciones de California correspondiente o (2) el reclamante no demuestra diligencia razonable en llevar adelante el reclamo de arbitraje en conformidad con los procedimientos aquí descritos. Con respecto a cualquier otro asunto que no esté estipulado expresamente en el presente, el arbitraje se regirá por las disposiciones relativas a arbitraje del Código de Procedimientos Civiles de California.

**Artículo 5: Revocación:** Este acuerdo puede revocarse por medio de notificación escrita entregada al médico dentro de un plazo de treinta (30) días de su firma y si no es revocado regirá todos los servicios médicos recibidos por el paciente. La intención de este acuerdo, es que se aplique a todos los servicios médicos efectuados en cualquier momento y por cualquiera condición.

**Artículo 6: Vigencia Retroactiva:** Si el paciente desea que este acuerdo cubra los servicios efectuados antes de la fecha de su firma (incluyendo, pero sin limitarse a, tratamiento de urgencia), el paciente deberá poner las iniciales de su nombre abajo.

Entra en vigencia en la fecha de los servicios médicos iniciales.

Iniciales del Paciente o del Representante del Paciente

En caso de que cualquiera de las disposiciones del presente acuerdo de arbitraje sea declarada inválida o imposible de cumplir, las disposiciones restantes quedarán en pleno vigor y no serán afectadas por la invalidez de cualquiera de las otras disposiciones.

Entiendo que tengo el derecho de recibir una copia de este acuerdo de arbitraje. Mi firma al pie de la página representa mi acuse de recibo de una copia del acuerdo.

**AVISO: AL FIRMAR ESTE CONTRATO USTED SE COMPROMETE A SOMETER CUALQUIER ASUNTO RELATIVO A NEGLIGENCIA MEDICA A UNA DECISION POR ARBITRAJE NEUTRAL Y ESTA RENUNCIANDO A SU DERECHO A UN JUICIO POR JURADO O POR JUEZ. VEA EL ARTICULO 1 DE ESTE CONTRATO.**

POR: \_\_\_\_\_  
Firma del Médico o Representante Autorizado      Fecha

POR: \_\_\_\_\_  
Firma del Paciente o Representante del Paciente      Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre del Médico, Grupo Médico o Asociación  
en Letra de Molde o Sello

POR: \_\_\_\_\_  
Nombre del Paciente en Letra de Molde

Una copia firmada de este documento debe entregarse al paciente.  
El original deberá archivar con el expediente médico del paciente.

POR: \_\_\_\_\_  
Si es representante del paciente, nombre en Letra de Molde  
y relación al paciente.





Beverly Oncology and Imaging Medical Group, Inc.

Patient Health Questionnaire (PHQ-9)

Name: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

| Over the past 2 weeks, how often have you been bothered by any of the following problems?   | Not at all | Several days | More than half the days | Nearly every day |
|---|------------|--------------|-------------------------|------------------|
| 1. Little interest or pleasure in doing things.   | 0          | 1            | 2                       | 3                |
| 2. Feeling down, depressed or hopeless.   | 0          | 1            | 2                       | 3                |
| 3. Trouble falling asleep, staying asleep or sleeping too much.   | 0          | 1            | 2                       | 3                |
| 4. Feeling tired or having little energy.   | 0          | 1            | 2                       | 3                |
| 5. Poor appetite or overeating.   | 0          | 1            | 2                       | 3                |
| 6. Feeling bad about yourself- or that you're a failure or have let yourself or your family down.   | 0          | 1            | 2                       | 3                |
| 7. Trouble concentrating on things, such as reading the newspaper or watching television.   | 0          | 1            | 2                       | 3                |
| 8. Moving or speaking so slowly that other people have noticed. Or, the opposite – being fidgety or restless that that you have been moving around a lot more than usual. | 0          | 1            | 2                       | 3                |
| 9. Thoughts that you would be better off dead or of hurting yourself in some way.   | 0          | 1            | 2                       | 3                |

Column Totals \_\_\_\_\_ + \_\_\_\_\_ + \_\_\_\_\_ + \_\_\_\_\_

Add Totals Together: \_\_\_\_\_

10. If you checked off any problems, how difficult have those problems made it for you to do your work, take care of things at home, or get along with other people?

Not difficult at all     Somewhat difficult     Very difficult     Extremely difficult

Provider Signature: \_\_\_\_\_ M.D.

Print Provider Name: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_





**Beverly Oncology and Imaging Medical Group, Inc.**  
**Cuestionario de Embarazo**

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

Por favor conteste las siguientes preguntas:

1) Fecha de su ultima menstruación mes \_\_\_\_\_ día \_\_\_\_\_ año \_\_\_\_\_

2) ¿Ha tenido una histerectomía?  Si  No Si contesto si, cuando?  
mes \_\_\_\_\_ día \_\_\_\_\_ año \_\_\_\_\_

3) ¿Ha tenido ligadura de trompas?  Si  No Si contesto si, cuando?  
mes \_\_\_\_\_ día \_\_\_\_\_ año \_\_\_\_\_

4) ¿Esta tomando anticonceptivos?  Si  No

5) ¿Esta utilizando algún otro método anticonceptivo?  Si  No Si contesto si,  
por favor describa el método

\_\_\_\_\_

6) ¿Está considerando quedar embarazada?  Si  No

7) ¿Ha tenido una prueba de embarazo reciente?  Si  No Si contesto si,  
cuando? mes \_\_\_\_\_ día \_\_\_\_\_ año \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Firma del Paciente**

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

\_\_\_\_\_  
Firma de la Enfermera

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Doctor

\_\_\_\_\_  
Fecha



# Beverly Oncology and Imaging

Medical Group, Inc.

## SCREENING FORM FOR IMAGING

Patient Name: \_\_\_\_\_

DOB: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

### MRI

Any history of:

Pacemaker

Metallic Ear Tubes/Prosthesis

Aneurysm clips in head

Metallic surgical clips

Metal worker (weld, gring, etc.)

Metal Orthopedic devices

Dental appliances

Sharpnel

Other implanted metal

IUD

Pregnant at present

Bullet wound

CT

Allergic to iodine or seafood

Diabetes

Are you taking metformin, glucophage, or glucovance?

\_\_\_ Yes \_\_\_ No

\_\_\_ Yes \_\_\_ No

\_\_\_ Yes \_\_\_ No

\_\_\_ Yes \_\_\_ No

\_\_\_ Yes \_\_\_ No

\_\_\_ Yes \_\_\_ No

\_\_\_ Yes \_\_\_ No

\_\_\_ Yes \_\_\_ No

\_\_\_ Yes \_\_\_ No

\_\_\_ Yes \_\_\_ No

\_\_\_ Yes \_\_\_ No

\_\_\_ Yes \_\_\_ No

\_\_\_ Yes \_\_\_ No

\_\_\_ Yes \_\_\_ No

\_\_\_ Yes \_\_\_ No

\_\_\_ Yes \_\_\_ No

\_\_\_ Yes \_\_\_ No

### MRI

Tiene historial de:

Marcapasos

Tubos Metalicos en el oido/Protesis

Metales para Aneurisma el la cabeza

Metales quirurgicos

Trabajadoe de metals (soldadura, etc.)

Dispositivos Ortopedicos de Metal

Dentadura postiza (puentes, parciales, etc.)

Tiene algun fragment de metal en alguna parte de su cuerpo?

Algun otro metal implantado

Dispositivo intrauterino

Esta embarazada?

Herida de bala

CT

Alergia al yoda o mariscos

Diabetes

Esta tomando metformin, glucophage, or glucovance?

\_\_\_ Si \_\_\_ No

\_\_\_ Si \_\_\_ No

\_\_\_ Si \_\_\_ No

\_\_\_ Si \_\_\_ No

\_\_\_ Si \_\_\_ No

\_\_\_ Si \_\_\_ No

\_\_\_ Si \_\_\_ No

\_\_\_ Si \_\_\_ No

\_\_\_ Si \_\_\_ No

\_\_\_ Si \_\_\_ No

\_\_\_ Si \_\_\_ No

\_\_\_ Si \_\_\_ No

\_\_\_ Si \_\_\_ No

\_\_\_ Si \_\_\_ No

\_\_\_ Si \_\_\_ No

\_\_\_ Si \_\_\_ No

\_\_\_ Si \_\_\_ No

**BEVERLY ONCOLOGY AND IMAGING CENTERS**  
 MEDICAL GROUP, INC.

**CUESTIONARIO DE SALUD**

Nombre \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_ Teléfono ( ) \_\_\_\_\_

Antecedentes de enfermedades: Ha tenido usted **durante su niñez?**

|                 |    |    |   |    |    |
|-----------------|----|----|---|----|----|
| Sarampión ..... | No | Si | Fiebre reumática o enfermedad cardiaca .... | No | Si |
| Paperas .....   | No | Si | Tuberculosis.....                           | No | Si |
| Viruela .....   | No | Si | Enfermedad venérea .....                    | No | Si |
| Diabetes .....  | No | Si | Anomalia congénita .....                    | No | Si |
| Embolias.....   | No | Si | Otra enfermedad seria .....                 | No | Si |
| Cáncer .....    | No | Si | _____                                       | No | Si |

**De Adulto/a:**

Ha tenido alguna enfermedad seria? ..... No Si

Ha estado hospitalizado/a o bajo cuidado medico por mucho tiempo? .....No Si

Si contestó "Si" cual es la razón? \_\_\_\_\_

**Cirugías:**

Ha tenido cirugía? ..... No Si

Cuales? \_\_\_\_\_

**Lesiones:**

Se ha fracturado algún hueso? ..... No Si

Ha recibido algún golpe/s o lesiones en la cabeza? ..... No Si

Alguna vez ha perdido el conocimiento? ..... No Si

**Antecedentes Familiares:**

|                   | <u>Vivo</u> |       | <u>Fallecido</u> |       |
|-------------------|-------------|-------|------------------|-------|
|                   | Edad        | Salud | Edad (al morir)  | Causa |
| Padre             |             |       |                  |       |
| Madre             |             |       |                  |       |
| Hermanos/Hermanas |             |       |                  |       |
|                   |             |       |                  |       |
|                   |             |       |                  |       |
|                   |             |       |                  |       |
|                   |             |       |                  |       |
| Esposo/Esposa     |             |       |                  |       |
| Hijos/Hijas       |             |       |                  |       |
|                   |             |       |                  |       |
|                   |             |       |                  |       |



**Algún pariente cercano (Madre, Padre, Hermano, Hermana, Abuelo, Abuela) ha tenido:**

|                             |    |    |                                    |    |    |
|-----------------------------|----|----|------------------------------------|----|----|
| Cáncer . . . . .            | No | Si | Tuberculosis.....                  | No | Si |
| Diabetes . . . . .          | No | Si | Enfermedades del corazón . . . . . | No | Si |
| Alta presión . . . . .      | No | Si | Embolias.....                      | No | Si |
| Convulsiones . . . . .      | No | Si | Suicidios . . . . .                | No | Si |
| Enfermedad mental . . . . . | No | Si | Tendencia a sangrar . . . . .      | No | Si |
| Artritis o gota . . . . .   | No | Si | _____                              |    |    |

**Antecedentes Sociales:**

Marque uno: Soltero/a \_\_\_\_\_ Casado/a \_\_\_\_\_ Separado/a \_\_\_\_\_ Divorciado/a \_\_\_\_\_ Viudo/a \_\_\_\_\_  
 Vive con su conyuge? ..... No Si Es satisfactoria su vida sexual? ..... No Si  
 Tiene dependientes en su hogar?..... No Si  
 Toma bebidas alcohólicas? Nunca \_\_\_\_\_ Rara vez \_\_\_\_\_ Ocasionalmente \_\_\_\_\_ Diario \_\_\_\_\_  
 Fuma? Nunca \_\_\_\_\_ Cuantos cigarros al día? \_\_\_\_\_ Cajetillas al día? \_\_\_\_\_ Fumaba antes? \_\_\_\_\_  
 Esta empleado/a? Tiempo completo \_\_\_\_\_ Tiempo compartido \_\_\_\_\_  
 En que trabaja? \_\_\_\_\_  
 Cuanto tiempo ha perdido del trabajo debido a su salud en el pasado? 6 meses \_\_\_\_\_ 1 año \_\_\_\_\_ 5 años \_\_\_\_\_  
 Esta expuesto/a a gases tóxicos, humos, o polvos? No Si Tipo \_\_\_\_\_

**Educación:**

|              | <u>Año</u> |                 | <u>Año</u> |
|--------------|------------|-----------------|------------|
| Primaria     | _____      | Universidad     | _____      |
| Secundaria   | _____      | Escuela Técnica | _____      |
| Preparatoria | _____      | Posgrado        | _____      |
| Normal       | _____      |                 | _____      |

**Aparatos y Sistemas: Tiene usted alguna(s) de las siguientes quejas?**

**General:**

Cambios recientes de peso? ..... No Si  
 En general, ha estado en buena salud durante su vida? ..... No Si

**Piel:**

Enfermedades de la piel ..... No Si  
 Ictericia ..... No Si  
 Urticaria o erupciones ..... No Si  
 Infecciones frecuentes de la piel ..... No Si  
 Coloración anormal ..... No Si

**Cuello:**

Tenso, rígido ..... No Si  
 Problemas de la tiroides ..... No Si  
 Ganglios palpables o inflamados ..... No Si

**Respiratorio:**

Resfriado (ahora) ..... No Si  
 Espujo sangriento ..... No Si  
 Tos frecuente o crónica ..... No Si  
 Asma o resuello ..... No Si  
 Dificultad para respirar ..... No Si

**Cabeza - Ojos - Oídos - Nariz - Garganta:**

Enfermedades de los ojos ..... No Si  
 Usa lentes ..... No Si  
 Visión doble ..... No Si  
 Dolores de cabeza ..... No Si  
 Glaucoma ..... No Si  
 Comezón de ojos o nariz ..... No Si  
 Estornudos o congestión nasal ..... No Si  
 Sangrados de nariz ..... No Si  
 Sinusitis crónica ..... No Si  
 Enfermedades de los oídos ..... No Si  
 Dificultad para oír ..... No Si  
 Mareos o pérdidas de la conciencia .. No Si

**Cardiovascular:**

Angina de pecho o dolor de pecho .. No Si  
 Falta de aire al caminar o acostarse.. No Si  
 Dificultad para caminar dos cuerdas No Si

Problemas con los pulmones ..... No Si  
 Pleuresía o neumonía ..... No Si

**Gastrointestinal:**

Úlcera estomacal o duodenal (péptica) No Si  
 Vómitos de sangre o comida ..... No Si  
 Problemas de la vesícula biliar ..... No Si  
 Problemas del hígado ..... No Si  
 Hepatitis ..... No Si  
 Dolor al obrar ..... No Si  
 Sangre en el excremento ..... No Si  
 Excremento negro ..... No Si

Cambios en el hábito de obrar ..... No Si

**Genitourinario**

Orinar menos (que normal) ..... No Si  
 Orina más frecuente ..... No Si  
 Despierta por las noches para orinar... No Si  
 Orina con dolor o ardor ..... No Si  
 Sangre en la orina ..... No Si  
 Problemas de los riñones ..... No Si  
 Piedras en los riñones ..... No Si  
 Enfermedad de Bright ..... No Si  
 Infecciones de la orina ..... No Si  
 Cuantas infecciones en el último año \_\_\_\_\_

**Musculoesquelético:**

Venas varicosas ..... No Si  
 Debilidad en las coyunturas ..... No Si  
 Dificultad para caminar ..... No Si  
 Dolor en las pantorrillas o sentaderas al caminar ..... No Si

**Hematológico:**

Cicatriz lentamente después de cortarse? ..... No Si  
 Enfermedades de la sangre ..... No Si  
 Anemia ..... No Si  
 Flebitis (inflamación de las venas) .... No Si  
 Ha tenido problemas de sangrar mucho o excesivamente? ..... No Si  
 Ha tenido moretones o sangrado sin causa aparente? ..... No Si

Estatura \_\_\_\_\_  
 Peso \_\_\_\_\_

Problemas cardíacos o infartos ..... No Si  
 Alta presión ..... No Si  
 Edema o hinchazón de manos y pies No Si  
 Despertar en la noche por falta de aire ..... No Si  
 Soplo cardíaco ..... No Si

**Gastrointestinal: (Continúa)**

Diarrea frecuente ..... No Si  
 Agruras o mala digestión ..... No Si  
 Cólicos o dolor abdominal ..... No Si  
 Se le atormenta el alimento en la garganta? No Si

**Ginecológico**

Edad de la primera regla \_\_\_\_\_  
 Número de embarazos \_\_\_\_\_  
 Número de abortos \_\_\_\_\_  
 Fecha de la última prueba de cáncer \_\_\_\_\_  
 Resultado \_\_\_\_\_  
 Frecuencia de su regla en días \_\_\_\_\_  
 Dolor durante la menstruación ..... No Si  
 Cuantos hijos tiene \_\_\_\_\_ Edades \_\_\_\_\_  
 Fecha del primer día de su última regla \_\_\_\_\_

**Neuropsiquiátrico:**

Ha estado bajo cuidado psiquiátrico? No Si  
 Se le ha sugerido que lo haga? No Si  
 Ha padecido de desmayos? ..... No Si  
 Ataques (convulsiones) ..... No Si  
 Parálisis ..... No Si

**Alergias:**

Es usted alérgico a cualquier alimento o medicina? No Si

**Endocrino:**

Enfermedad de la tiroides?..... No Si  
 Problemas hormonales ..... No Si  
 Cualquier cambio en la medida de sombrero o guantes ..... No Si  
 Ha notado crecimiento anormal de vello? ..... No Si  
 Es más sensible al frío que antes o ha notado si se le reseca más la piel? ... No Si

**Alergias y sensibilidades:**

Tiene usted antecedente de reacción cutánea (piel) o reacción indeseable después de ser administrado o tomado:

|   |    |    |       |
|---|----|----|-------|
| Penicilina o cualquier antibiótico .....                  | No | Si | No se |
| Morfina, codeína, demerol, u otro narcótico .....         | No | Si | No se |
| Xilocaina, novocaína, u otro anestésico .....             | No | Si | No se |
| Aspirina, emperin, u otro remedio para dolor .....        | No | Si | No se |
| Sulfas .....  | No | Si | No se |
| Antitoxina o suero antitetánico .....                     | No | Si | No se |
| Tela adhesiva .....                                       | No | Si | No se |
| Iodo o mertiolate .....                                   | No | Si | No se |
| .....   |    |    |       |
| Otro medicamento o droga cual? _____                      | No | Si | No se |
| Algún alimento como huevos, leche, chocolate. Cual? _____ | No | Si | No se |

**Medicina tomada en los últimos seis meses:**

|   |    |    |       |                            |    |    |       |
|---|----|----|-------|----------------------------|----|----|-------|
| Cortisona .....   | No | Si | No se | Tranquilizantes .....      | No | Si | No se |
| ACTH .....  | No | Si | No se | Para la presión alta ..... | No | Si | No se |
| Anticoagulante ...  | No | Si | No se | Aspirina .....             | No | Si | No se |
| Ha recibido tratamiento para asma, reumatismo o fiebre reumática? ..... | No | Si | No se |                            |    |    |       |

**Firma de la persona informante ( si no es el paciente) \_\_\_\_\_**

Firma de la persona que pregunto \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**Firma del paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_**