

CONSENTIMIENTO GENERAL PARA ATENCIÓN Y TRATAMIENTO

PARA EL PACIENTE: Como paciente, tiene derecho a que se le informe sobre su afección y los procedimientos quirúrgicos, médicos o de diagnóstico recomendados para que pueda tomar la decisión de someterse o no a cualquier tratamiento o procedimiento que se le sugiera después de conocer los riesgos y peligros involucrados. En este momento de su atención, no se ha recomendado ningún plan de tratamiento específico. Este formulario de consentimiento simplemente es para obtener su permiso para realizar la evaluación necesaria a fin de identificar el tratamiento o el procedimiento apropiado para cualquier afección que se identifique.

Este consentimiento nos proporciona su permiso para realizar los exámenes médicos, las pruebas y los tratamientos razonables y necesarios. Al firmar a continuación, indica que (1) tiene la intención de que este consentimiento sea de naturaleza continua, incluso después de que se haya realizado un diagnóstico específico y se haya recomendado un tratamiento; y (2) otorga su consentimiento para el tratamiento en este consultorio o cualquier otra sucursal de propiedad común. El consentimiento seguirá siendo plenamente efectivo hasta que se revoque por escrito. Tiene derecho a interrumpir los servicios en cualquier momento.

Tiene derecho de hablar acerca del plan de tratamiento con su médico, sobre la finalidad, los posibles riesgos y los beneficios de cualquier prueba que se le indique. Si tiene alguna duda sobre cualquier prueba o tratamiento que le recomiende su médico, le recomendamos hacer preguntas.

Solicito voluntariamente a un médico o a un proveedor de nivel intermedio (enfermero, asistente médico o especialista en enfermería clínica), así como a otros proveedores de atención médica o a los designados según se considere necesario, que realicen un examen médico razonable y necesario, y las pruebas y los tratamientos para la afección por la que busqué atención en este consultorio. Entiendo que, si se recomiendan pruebas adicionales, procedimientos invasivos o de intervención, se me pedirá que lea y firme formularios de consentimiento adicionales antes de que se lleven a cabo.

Certifico que leí y comprendí las afirmaciones mencionadas por completo y acepto plena y voluntariamente su contenido.

Firma del paciente o de su representante personal

Fecha

Nombre en letra de imprenta del paciente o su representante personal

Relación con el paciente

Firma del testigo

Fecha

Nombre del testigo en letra de imprenta

Colocar la etiqueta aquí

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

**FORMULARIO DE HISTORIA QUIRÚRGICA DE LA PACIENTE
SOLO PARA PACIENTES DE OBSTETRICIA**

Estimada paciente:

Devuelva el paquete completado, junto a las páginas que contienen las firmas, en la recepción.

Nombre de la paciente: _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____ Edad: _____

N.º de seguro social: _____

Domicilio principal: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono particular: Preferencia (_____) _____

Celular Preferencia (_____) _____

Domicilio secundario: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

¿Podríamos dejar un mensaje en su contestadora automática/correo de voz? Sí No

Correo electrónico: _____

¿Podríamos enviarle un correo electrónico? Sí No

Idioma de preferencia: _____

Origen étnico: Hispana/latina No hispana/latina

Raza: Nativa americana o nativa de Alaska Asiática Negra o afroamericana

Nativa de Hawái o de otra isla del Pacífico Blanca Otra

Nombre de la farmacia: _____

Teléfono de la farmacia y calles transversales: _____

(Solo para uso interno)

N.º de historia clínica: _____

Nombre de la paciente: _____ **Fecha de nacimiento:** _____

Médico de atención primaria: _____ Teléfono: _____

Médico que la refirió a nuestra clínica (si fuera otro): _____ Teléfono: _____

Enumere a los médicos que consulta: (Incluya el n.º de teléfono):

_____ Teléfono: _____

_____ Teléfono: _____

_____ Teléfono: _____

_____ Teléfono: _____

Nombre del contacto de emergencia: _____

Relación: _____ Teléfono: (_____) _____

Situación laboral:

Empleada/Independiente Desempleada Retirada Discapacitada

Ocupación (u ocupación anterior): _____

Nombre del empleador: _____ Teléfono laboral: (_____) _____

Directivas avanzadas:

Testamento en vida Sí No Se desconoce

Carta poder legal Sí No Se desconoce

Orden de no resucitar Sí No Se desconoce

Nombre de la paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Historia clínica ¿ALGUNA VEZ tuvo alguna de las siguientes afecciones?

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Trastorno neurológico/Dolores de cabeza crónicos | <input type="checkbox"/> Artritis |
| <input type="checkbox"/> Trastorno/enfermedad psiquiátrica | <input type="checkbox"/> Trastorno de presión arterial/Hipertensión | <input type="checkbox"/> Embolia pulmonar/TVP/Coágulos sanguíneos |
| <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular | <input type="checkbox"/> Trastorno del colesterol/Hiperlipidemia |
| <input type="checkbox"/> Convulsiones o epilepsia | <input type="checkbox"/> EPOC | <input type="checkbox"/> Apnea del sueño |
| <input type="checkbox"/> Trastorno urinario/renal | <input type="checkbox"/> Trastorno de la tiroides | <input type="checkbox"/> Trastorno ocular (por ejemplo, glaucoma) |
| <input type="checkbox"/> Trastorno urinario/renal | <input type="checkbox"/> Ataque cardíaco/Enfermedad cardíaca | <input type="checkbox"/> Otros |
| | Fibrilación atrial | |

Especifique cualquier otra enfermedad o problema médico y proporcione detalles de cualquiera de las afecciones anteriores:

Antecedentes de cirugías Especifique CUALQUIER cirugía a la que se haya sometido y la fecha aproximada.

Procedimiento	Fecha	Complicaciones

Tratamiento previo para el cáncer ¿Padece actualmente de cáncer? Sí No

Tipo de cáncer	Año en que se diagnosticó	Tratamiento	Hospital/Consultorio del médico en donde recibió tratamiento
		<input type="checkbox"/> Cirugía <input type="checkbox"/> Bioterapia <input type="checkbox"/> Radiación <input type="checkbox"/> Braquiterapia <input type="checkbox"/> Quimioterapia	Nombre: Dirección: Teléfono:
		<input type="checkbox"/> Cirugía <input type="checkbox"/> Bioterapia <input type="checkbox"/> Radiación <input type="checkbox"/> Braquiterapia <input type="checkbox"/> Quimioterapia	Nombre: Dirección: Teléfono:
		<input type="checkbox"/> Cirugía <input type="checkbox"/> Bioterapia <input type="checkbox"/> Radiación <input type="checkbox"/> Braquiterapia <input type="checkbox"/> Quimioterapia	Nombre: Dirección: Teléfono:

Alergias

¿Es alérgica a algún medicamento u otras sustancias? Sí No Especifique alergias y reacciones:

Nombre de la paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Lista de medicamentos

Nombre del medicamento	Dosis	Frecuencia

¿Toma medicamentos adicionales que no se han enumerado anteriormente? Sí No Si la respuesta es Sí, use el reverso de esta página para enumerar todos los demás.

Mantenimiento de la salud

Fecha del último examen de densidad ósea: _____

Fecha de la última prueba de Papanicolaou: _____

¿Alguna vez obtuvo resultados anormales en una prueba de Papanicolaou? Sí No

Si la respuesta es Sí, ¿recibió algún tratamiento? Sí No

Fecha de la última mamografía: _____ ¿Los resultados de esa mamografía fueron normales? Sí No

Fecha de la última colonoscopia: _____ ¿Los resultados de esa colonoscopia fueron normales? Sí No

Antecedentes médicos familiares Indique cualquier afección importante, incluido cánceres, que hayan tenido sus familiares directos.

Familiar	Afección y descripción	¿Vive?	Si falleció, ¿a qué edad?
Madre		S N	
Padre		S N	
Hermano/a		S N	
Hermano/a		S N	
Hermano/a		S N	
Abuelo/a		S N	
Abuelo/a		S N	
Otro		S N	

Antecedentes sociales

¿En la actualidad fuma? Sí No Si la respuesta es No, ¿fumó en el pasado? Sí No

Cantidad de años que fumó _____ Paquetes por día _____

¿Usa otros productos a base de tabaco? Sí No

¿Consumo alcohol? Sí No Si la respuesta es Sí, bebidas por semana: _____

¿Consumo drogas (incluyendo marihuana)? Sí No

Si la respuesta es Sí, ¿qué drogas y desde hace cuánto tiempo? _____

Estado civil: Soltera Casada En pareja Separada Divorciada Viuda

¿Sufre violencia doméstica? Sí No ¿Se siente segura en su casa? Sí No

Nombre de la paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Antecedentes de embarazo

Cantidad de embarazos: _____ Cantidad de embarazos por cesárea: _____ Cantidad de abortos: _____

Cantidad de abortos espontáneos: _____ Cantidad de partos vaginales: _____

Antecedentes ginecológicos

Edad de la primera menstruación: _____ ¿Menstrúa todos los meses? Sí No

¿Menstrúa en forma regular? Sí No ¿Con qué frecuencia? ¿Cuántos días? _____

Fecha de la última menstruación: _____

¿Recibió la serie de vacunas contra el VPH? Sí No Si la respuesta es Sí, ¿cuándo? _____

¿Se ha hecho pruebas genéticas? Sí No Si la respuesta es Sí, ¿cuándo? _____

¿Tiene o ha tenido una terapia de reemplazo hormonal? Sí No

Edad en la que comenzó la menopausia: _____

Antecedentes sexuales:

¿Tiene pareja? Masculina Femenina

Nombre de la paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Revisión de sistemas Indique TODO lo que haya experimentado en los últimos 6 a 12 meses.

General

- | | | | |
|--------------------------------------|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Ninguno | <input type="checkbox"/> Sensación de cansancio | <input type="checkbox"/> Fiebre | <input type="checkbox"/> Aumento de peso |
| <input type="checkbox"/> Escalofríos | <input type="checkbox"/> Pérdida de peso | <input type="checkbox"/> Sensación de malestar | |

Ojos

- | | | | |
|---|--|--|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ninguno | <input type="checkbox"/> Ojos secos | <input type="checkbox"/> Dolor de ojos | <input type="checkbox"/> Picazón |
| <input type="checkbox"/> Cambios en la visión | <input type="checkbox"/> Problemas de visión | | |

Oído/Nariz/Garganta

- | | | | |
|---|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ninguno | <input type="checkbox"/> Dolor de oído | <input type="checkbox"/> Pérdida de la audición | <input type="checkbox"/> Sangrados nasales |
| <input type="checkbox"/> Problemas de los senos nasales | <input type="checkbox"/> Dolor de garganta | <input type="checkbox"/> Ronquera | |

Corazón

- | | | | |
|---|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ninguno | <input type="checkbox"/> Dolor de pecho | <input type="checkbox"/> Palpitaciones | <input type="checkbox"/> Frecuencia cardíaca lenta |
| <input type="checkbox"/> Hinchazón de piernas | <input type="checkbox"/> Frecuencia cardíaca rápida | <input type="checkbox"/> Dolor, malestar o fatiga en las piernas al caminar | |

Pulmones/Respiración

- | | | | |
|---|------------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ninguno | <input type="checkbox"/> Tos | <input type="checkbox"/> Sibilancia | <input type="checkbox"/> Dificultad para respirar |
| <input type="checkbox"/> Dificultad para respirar al realizar esfuerzos | | <input type="checkbox"/> Dificultad para respirar al estar acostado | |

Gastrointestinal

- | | | | |
|----------------------------------|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Ninguno | <input type="checkbox"/> Dolor abdominal | <input type="checkbox"/> Estreñimiento | <input type="checkbox"/> Diarrea |
| <input type="checkbox"/> Acidez | <input type="checkbox"/> Náuseas | <input type="checkbox"/> Vómitos | <input type="checkbox"/> Sangre en las heces |

Piel

- | | | | |
|-----------------------------------|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ninguno | <input type="checkbox"/> Acné | <input type="checkbox"/> Picazón | <input type="checkbox"/> Cambio en lunar |
| <input type="checkbox"/> Lesiones | <input type="checkbox"/> Heridas en la piel | <input type="checkbox"/> Bulto en el seno | |

Neurológico

- | | | | |
|---------------------------------------|--|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Ninguno | <input type="checkbox"/> Debilidad de las extremidades | <input type="checkbox"/> Confusión | <input type="checkbox"/> Pérdida de la memoria |
| <input type="checkbox"/> Convulsiones | <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza | <input type="checkbox"/> Mareos | <input type="checkbox"/> Dificultad para caminar |

Psiquiátrico

- | | | | |
|------------------------------------|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ninguno | <input type="checkbox"/> Suicida | <input type="checkbox"/> Ansiedad | <input type="checkbox"/> Trastornos del sueño |
| <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Problemas emocionales | <input type="checkbox"/> Cambio de personalidad | |

Endócrino

- | | | | |
|---|--|---|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ninguno | <input type="checkbox"/> Pérdida del cabello | <input type="checkbox"/> Debilidad muscular | <input type="checkbox"/> Sofocos |
| <input type="checkbox"/> Sensación de debilidad | <input type="checkbox"/> Engrosamiento de la voz | | |

Hematológico/Linfático

- | | | | |
|----------------------------------|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ninguno | <input type="checkbox"/> Propensión a sangrados | <input type="checkbox"/> Propensión a hematomas | <input type="checkbox"/> Glándulas inflamadas |
|----------------------------------|---|---|---|

Senos

- | | | | |
|----------------------------------|-------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> Ninguno | <input type="checkbox"/> Bulto/Masa | <input type="checkbox"/> Secreción del pezón | <input type="checkbox"/> Inversión del pezón |
| <input type="checkbox"/> Dolor | | | |

Nombre de la paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

CONSENTIMIENTO PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA

Marque una de las siguientes:

_____ **Otorgo mi permiso a los empleados de Cancer & Blood Specialists of Arizona (CBSA/AOP), una división de American Oncology Partners, P.A., para divulgar mi Información de Salud Protegida a mí y a las siguientes personas:**

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

_____ Solicito que mi Información de Salud Protegida sea divulgada ÚNICAMENTE a mí y **no a otras personas.**

Entiendo que puedo revocar o cambiar este Consentimiento en cualquier momento completando otro formulario de consentimiento para reemplazar este.

Nombre de la paciente (En letra de imprenta)

Fecha

Paciente o garante (Firma)