

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____ Fecha de hoy: _____
Nombre Inicial Apellido

NEW JERSEY CANCER CARE, PA

_____ Belleville Office _____ Montclair Office _____ Roselle Office _____ Oceanport Office
 _____ Dr. Bondili _____ Dr. Conti _____ Dr. Najib _____ Dr. Orsini Sr. _____ Dr. Orsini Jr. _____ Dr. Saleh _____ Dr. Vasireddy _____ Dr. Yerramalli

INFORMACIÓN DE PACIENTE

Por favor, imprima claramente y Llenelo

Apellido	Nombre	Inicial
Fecha de Nacimiento	Edad	Número de Seguro Social
Dirección	Médico de cabecera	Médico de referencia
Ciudad	Estado / Código Postal	Correo Electronico
Teléfono residencial () -	Teléfono celular () -	Teléfono del trabajo () -

COBERTURA DE SEGURO PRIMARIO

Nombre de compañía de seguro	¿El seguro de atención está en nombre de? <input type="checkbox"/> Propio <input type="checkbox"/> Esposo/a <input type="checkbox"/> Otro	
Complete la siguiente información para la persona cuyo nombre aparece en la tarjeta de seguro:		
Nombre	Fecha de nacimiento	Número de Seguro Social
# Grupo	Nombre del plan	
# Polica ID	Nombre del grupo médico	Copago \$
¿Su seguro requiere una referido para ver a un especialista? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI (por favor entregue el referido a la recepcionista)		

COBERTURA DE SEGURO SECUNDARIO

Nombre de compañía de seguro	¿El seguro de atención está en nombre de? <input type="checkbox"/> Propio <input type="checkbox"/> Esposo/a <input type="checkbox"/> Otro	
Complete la siguiente información para la persona cuyo nombre aparece en la tarjeta de seguro:		
Nombre	Fecha de Nacimiento	Número de Seguro Social
# Grupo	Nombre del plan	
# Polica ID	Nombre del grupo médico	Copago \$
¿Su seguro requiere una referido para ver a un especialista? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI (por favor entregue el referido a la recepcionista)		

Contacto de emergencia

Nombre	Relación	Teléfono
--------	----------	----------

DATOS DEMOGRÁFICOS DE PACIENTE

RAZA	GÉNERO AL NACER	IDIOMA PREFERIDO
<input type="checkbox"/> Negarse a responder <input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Hispano o Latino <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái / Isoleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco / Caucásico <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Preguntado pero desconocido	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Hembra	<input type="checkbox"/> Negarse a responder <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Ruso <input type="checkbox"/> Francés <input type="checkbox"/> Tagalo <input type="checkbox"/> Punjabí <input type="checkbox"/> Italiano <input type="checkbox"/> Hindi <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Portugués <input type="checkbox"/>
	GENDER IDENTITY	
Orientación sexual <input type="checkbox"/> Lesbiana, gay, homosexual <input type="checkbox"/> Heterosexual <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Algo más por favor describe <input type="checkbox"/> No lo se <input type="checkbox"/> Negarse a responder	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Hembra <input type="checkbox"/> Mujer a hombre Transgénero Hombre/Hombre Trans <input type="checkbox"/> Hombre a mujer Transgénero Mujer/MujerTrans <input type="checkbox"/> Genderqueer, ni exclusivamente masculino ni femenino <input type="checkbox"/> Categoría de género adicional / otra, Por favor especifique _____ <input type="checkbox"/> Negarse a responder	EMPLEADOR Empleador actual: _____ Dirección: _____ Teléfono: _____ Jubilado: <input type="checkbox"/> Deshabilitado: <input type="checkbox"/>
	ESTADO CIVIL	<input type="checkbox"/> Negarse a responder <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Pareja doméstica <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viuda/o

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____ Fecha de hoy: _____
Nombre Inicial Apellido

HISTORIAL MÉDICO

¿Tiene o ha tenido alguna de las siguientes condiciones?	SÍ	NO	Tipo / Año diagnosticado
Cáncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Enfermedad cardíaca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
¿Se ha hecho un EKG?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Cuándo/dónde?
Presión arterial alta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Marcapasos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Reflujo o úlceras estomacales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Artritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Golpe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Enfermedad pulmonar (asma, enfisema, neumonía)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Enfermedad de la próstata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Enfermedad de la vejiga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Convulsiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Enfermedad mental (condición nerviosa/depresión)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
¿Alguna otra enfermedad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
¿Ha tenido algún accidente/lesión en los últimos 24 meses?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
¿Alguna vez ha recibido la vacuna de la culebrilla?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
¿Ha recibido la vacuna de COVID?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

CIRUGIAS

Tipo de operación	Fecha(s)

TRATAMIENTO DE CÁNCER

	SÍ	NO	área del cuerpo	adonde/ciudad
¿Alguna vez ha recibido tratamientos de radiación o rayos X?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
¿Alguna vez ha recibido quimioterapia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
¿Tuvo alguna reacción adversa al tratamiento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	En caso, describa:	
¿Alguna vez ha participado en un ensayo clínico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
¿Desea información sobre ensayos clínicos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Nombres de todos los médicos y ubicaciones/direcciones de oficinas:

Advanced Directives

TESTAMENTO VITAL: SÍ NO	DNR: SÍ NO	PODER NOTARIAL: SÍ NO
-------------------------	------------	-----------------------

Nombre de paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____ Fecha de hoy: _____
Nombre Inicial Apellido

Revisión de sistemas									
CONSTITUCIONAL	SÍ	NO	PIEL	SÍ	NO	MUSCULOESQUELÉTICO	SÍ	NO	
Pérdida de peso en el último año	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Erupción / picazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Artritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Fiebre en el último mes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Jaundice	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Osteoporosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sudores nocturnos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	GASTROINTESTINAL	SÍ	NO	Dolor en las articulaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Fatiga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Náuseas / vómitos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dolor de huesos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Cambio en el apetito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor abdominal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fracturas (en los últimos 2 años)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
OJOS/OÍDOS/NARIZ/GARGANTA	SÍ	NO	Enfermedad hepática / hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	GENITOURINARIO	SÍ	NO	
Visión borrosa o doble	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Úlceras pépticas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor al orinar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sangrado nasal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diarrea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sangre observada en la orina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Pérdida de audición	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sangrado rectal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Infecciones de la vejiga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Llagas en la boca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Estreñimiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Infecciones/cálculos renales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Dolor en los toros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Colonoscopia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	riñón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ronquera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fecha:			**SOLO HOMBRES**	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Dificultad para tragar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sigmoidoscopia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Incontinencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Problemas sinusales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fecha:			Flujo lento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
RESPIRATORIO	SÍ	NO	Endoscopia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Falta de respiración	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fecha:			Disfuncion erectil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cologuard	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Examen de próstata / recto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tos con sangre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HEMATOLÓGICO	SÍ	NO	Fecha:			
Bronquitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PSA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Neumonía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Plaquetas bajas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1er Resultado:			
Enfisema o EPOC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ganglios linfáticos agrandados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Resultado más reciente:			
Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sangrado anormal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	*** SOLO MUJERES***			
Coágulos de sangre en el pulmón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Talasemia familiar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	GINECOLÓGICO	SÍ	NO	
Vacuna contra la gripe Fecha:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Exceso de hematomas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ovarios fibroquísticos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Vacuna contra la neumonía Fecha:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ENDOCRINO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Senos fibroquísticos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Vacuna de Covid-19 Fecha Ultima Vacuna: _____ Boostet?:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fecha de última mamografía:			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad de la tiroides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	biopsia de mama en el pasado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	NEUROLÓGICO	SÍ	NO	Fecha de último Papanicolaou			
Cardiovascular	SÍ	NO	Dolor de cabeza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Actualmente embarazada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Dolor torácico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mareos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Deseo de fertilidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Palpitaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Desmayo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	# de embarazos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hinchazón en pies o piernas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Convulsiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	# de hijos			
Presión alta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dificultad para caminar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	# de aborto espontáneo / aborto			
Enfermedad de las válvulas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Entumecimiento pies / manos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	# de abortos terapéuticos			
Soplos cardíacos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Golpe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lactancia materna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Enfermedad arterias coronarias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PSICOSOCIAL	SÍ	NO	Edad de primer embarazo			
Colesterol alto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Depresión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Edad de primer menstruacion			
Ataque cardíaco previo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ansiedad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fecha del último período			
Insuficiencia cardíaca congestiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Insomnio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Duración del ciclo menstrual			
Latidos cardíacos irregulares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad mental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Estado de la menopausia	Pre <input type="checkbox"/>	Post <input type="checkbox"/>	
Coágulos de sangre en pierna/brazo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Abuso de drogas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Peri <input type="checkbox"/>			
			Abuso de alcohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Toma terapia hormonal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
						Toma anticonceptivos pasados o presentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
¿Algo más que el médico debe saber?									

Nombre de paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____ Fecha de hoy: _____
Nombre Inicial Apellido

CONSENTIMIENTO PARA ACCEDER AL HISTORIAL DE MEDICAMENTOS

Con el fin de proporcionarle la mejor atención posible, sus recetas se escribirán electrónicamente siempre que sea posible. La prescripción electrónica es ahora una práctica común debido a las iniciativas de atención médica que requieren el uso de registros médicos electrónicos. Con su permiso, la receta electrónica nos proporcionará acceso electrónico a su historial de medicamentos, permitiéndonos ver información de importancia crítica sobre sus recetas actuales y pasadas, evaluar mejor los posibles problemas de medicación y mejorar la seguridad y la calidad de la atención.

Al firmar a continuación, doy mi consentimiento a New Jersey Cancer Care, PA para acceder a mi historial de medicamentos electrónicamente y, a mi leal saber y entender, verifico que la información médica anterior esté completa y sea correcta.

*** FIRMA: Paciente o persona legalmente autorizada	Fecha
Imprima Nombre	si firma en nombre del paciente, relación con el paciente

FARMACIA PREFERIDA

New Jersey Cancer Care, PA tiene una farmacia dispensadora de médicos en el lugar para su conveniencia. Nuestro servicio es particularmente útil para nuevas recetas y resurtidos que se le dan mientras está aquí en la oficina. Además de nuestros medicamentos recetados con mayor frecuencia, nos enfocamos en almacenar medicamentos que han sido difíciles de adquirir para nuestros pacientes. Los costos de copago no son diferentes de lo que serían en su farmacia local. Nuestro personal hará todo lo posible para ayudar a reducir su copago y también proporcionará apoyo e información sobre los programas de asistencia con medicamentos. No hay obligación de surtir recetas en New Jersey Cancer Care, PA. Puede continuar recibiendo sus medicamentos en la farmacia de su elección.

Nombre, dirección y número de teléfono de la farmacia: _____ ¿Es una farmacia por correo? Sí No

AUTORIZACIÓN DE INFORMACIÓN DEL PACIENTE – HIPAA PRIVACY

En general, la regla de privacidad de HIPAA otorga a las personas el derecho de solicitar una restricción en los usos y divulgaciones de información de salud protegida (PHI). La cumplimentación de este formulario nos indica sus preferencias con respecto a los mensajes telefónicos y con quién autoriza a nuestra oficina a hablar en su nombre. Es posible que se necesite autorización adicional en circunstancias más específicas.

PREFERENCIA DE CONTACTO (marque UNO): HOGAR CELL TRABAJO EMAIL

Dejar mensaje con número de devolución de llamada NUMERO: () - EMAIL:

* Ya sea con cualquier persona que no sea usted, que conteste el teléfono o en un contestador automático.

OTRAS PERSONAS AUTORIZADAS

Otras personas a las que autorizo a recibir mensajes o recibir mi Información de salud protegida son:

NOMBRE (Lista de todos los que corresponden)	RELACIÓN CON USTED	INFORMACIÓN DE CONTACTO
		Numero: () -
		Numero: () -

Mi firma a continuación autoriza a New Jersey Cancer Care, PA a usar mi Información de salud protegida según mis instrucciones anteriores y reconoce que he recibido New Jersey Cancer Care, PA Aviso de prácticas de privacidad y doy mi consentimiento para el uso y divulgación de mi información de salud para tratamiento, pago u operaciones de atención médica.

*** FIRMA: Paciente o persona legalmente autorizada	Fecha
Imprima Nombre	Si firma en nombre del paciente, relación con el paciente
Nombre del testigo / Firma	Fecha

Mi firma a continuación indica que he leído, entendido y aceptado lo siguiente:
 Pago del paciente, financiero, autorización y liberación para ser fotografiado para EMR, educación del paciente y políticas de tarifas administrativas de New Jersey Cancer Care, PA

FIRMA: Paciente o persona legalmente autorizada	Fecha
Imprima Nombre	Si firma en nombre del paciente, relación con el paciente