



Formulario de información del paciente

FECHA: _____

NOMBRE: _____
Apellido Primer nombre Inicial del segundo nombre

¿Cómo le gustaría que se dirijan a usted? _____ **N.º DE SEGURO SOCIAL:** _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ **EDAD:** _____ **ESTADO CIVIL:** _____ Masculino Femenino

DIRECCIÓN POSTAL: _____

CIUDAD: _____ **ESTADO:** _____ **CÓDIGO POSTAL:** _____ **CONDADO:** _____

TELÉFONO RESIDENCIAL: _____ **TELÉFONO CELULAR:** _____

EMPLEADOR: _____ **TELÉFONO DEL TRABAJO:** _____

ACCIDENTE O LESIÓN: SÍ NO **RELIGIÓN:** _____ **ORIGEN ÉTNICO:** _____ **RAZA:** _____

Consumo de tabaco: Nunca Anteriormente Actualmente **Tipo** _____ **Uso** _____

INFORMACIÓN DEL CÓNYUGE/TUTOR:

- **NOMBRE:** _____ S/S _____
- **Dirección (si es diferente a la anterior):** _____
- **RELACIÓN CON EL PACIENTE:** _____ **FECHA DE NACIMIENTO:** _____
- **EMPLEADOR:** _____
- **NÚMERO DE TELÉFONO:** _____ **TELÉFONO DEL TRABAJO:** _____

INFORMACIÓN DEL MÉDICO/FARMACIA/CONTACTO DE EMERGENCIA:

Médico de atención primaria: _____ **Médico remitente:** _____

CONTACTO DE EMERGENCIA: _____ **Relación:** _____ **Teléfono:** _____

Dirección: _____ **Ciudad:** _____ **Estado:** _____ **Código postal:** _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO:

Nombre de la compañía de seguros principal: _____

Titular de la póliza: _____ **Fecha de nacimiento:** _____

Empleador del titular de la póliza: _____

N.º de identificación: _____ **N.º de grupo:** _____

Farmacia de elección: _____ **Información de la tarjeta de prescripción:** _____ Sin cobertura de medicamentos
(Nombre y ciudad) (Números de identificación, grupo e identificación bancaria [BIN])

Nombre de la compañía de seguros secundaria: _____

Titular de la póliza: _____ **Fecha de nacimiento:** _____

Empleador del titular de la póliza: _____

N.º de identificación: _____ **N.º de grupo:** _____





TETON CANCER INSTITUTE

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGACIÓN DE HISTORIA CLÍNICA

N.º DE CUENTA _____

Nombre del paciente al momento de la visita: _____

Médico tratante: _____

Fecha de nacimiento: _____ Fecha(s) de tratamiento: _____

Coloque sus iniciales:

____ Por el presente, autorizo a Mountain View Hospital a suministrar a la persona o la compañía mencionada a continuación toda la información y los datos médicos que soliciten, según se indica a continuación, relacionados con mi enfermedad o lesión.

____ Este consentimiento se encuentra sujeto a revocación por parte del abajo firmante en cualquier momento, excepto en la medida de lo actuado en conformidad con el mismo; y si no se revoca antes, el mismo caducará a los **seis meses** desde la fecha del consentimiento sin revocación expresa.

____ Por el presente, doy mi consentimiento para la divulgación de todos y cada uno de los registros relacionados con diagnósticos psiquiátricos o de abuso de alcohol, drogas o medicamentos, conforme a las mismas consideraciones descritas arriba. Comprendo que tal información no se puede divulgar sin mi consentimiento específico, excepto de conformidad con una orden judicial.

____ También comprendo que tengo derecho a recibir una copia de esta autorización si la solicito.

La información médica se divulgará a: _____

Dirección: _____
Ciudad Estado Código postal Número de teléfono

Motivo de la divulgación: _____

- Por el presente, autorizo a la persona mencionada arriba a tener acceso a mi historia clínica.*
- No necesito una copia para mí en este momento.*

Información médica solicitada: **Se cobrará una tarifa de \$1.00 por informe según corresponda.**

- Resumen de alta** **Historial y examen físico** **Informe quirúrgico** **Rayos X**
- Consultas** **Laboratorio clínico** **Electrocardiograma, electroencefalograma** **Clínica ambulatoria**
- Otro:** _____

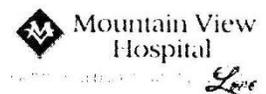
Por el presente, autorizo a la persona mencionada arriba a tener acceso a mi historia clínica. Necesito/no necesito una copia para mí en este momento.

Firma: _____ Fecha: _____
Paciente, padre/madre/tutor legal

Testigo: _____ Fecha: _____
Empleado de Mountain View Hospital (MVH)

- ID verificada: _____
- Registros emitidos: Inicial _____ Fecha: _____

***** Comprendo que esta solicitud puede tardar hasta 2 semanas en ser procesada. *****





TETON CANCER INSTITUTE

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGACIÓN DE HISTORIA CLÍNICA

Las personas que figuran en la tabla a continuación podrán obtener información médica relativa a usted,
el paciente:

Nombre	Relación

Firma: _____ Fecha: _____
Paciente, padre, madre o tutor legal

Testigo: _____ Fecha: _____
Empleado de MVH



TETON CANCER INSTITUTE
trusted, for life

Formulario de solicitud de registros

Fecha de la solicitud: _____

Nombre completo del paciente: _____

Fecha de nacimiento del paciente: _____

Firma del paciente: _____

El paciente mencionado anteriormente tiene una cita en nuestro consultorio el día: _____

Fecha en la que se necesitan los registros: _____

Yo, _____ mediante mi firma, autorizo el envío de mi información médica al siguiente centro:

Teton Cancer Institute
Filial de Mountain View Hospital

1957 E. 17th St.
Idaho Falls, ID 83404
(Teléfono) 208-523-1100
(Fax) 208-523-1317

380 Walker Dr.
Rexburg, ID 83440
(Teléfono) 208-356-9559
(Fax) 208-356-6601

Radiation Oncology
1550 Hoopes Ave
Idaho Falls, ID 83404
(Teléfono) 208-542-7220
(Fax) 208-522-7600



TETON CANCER INSTITUTE

CUESTIONARIO PARA PAGADORES SECUNDARIOS DE MEDICARE

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

La legislación federal exige que todos los pacientes de Medicare completen el Cuestionario para pagadores secundarios de Medicare (MSP, por sus siglas en inglés). Los proveedores deben conservar una copia de los cuestionarios MSP completos en sus archivos o en línea por 10 años.

Parte I

1. ¿Tiene derecho a recibir los beneficios del Programa Federal del Pulmón Negro? Sí o No
 Si respondió que sí, ¿en qué fecha comenzaron los beneficios? _____
2. ¿Sus servicios serán pagados por un programa gubernamental, como una beca de investigación? Sí o No
3. ¿El Departamento de Asuntos de los Veteranos autorizó y aceptó pagar por su atención en este centro?
Sí o No
4. ¿La visita de hoy está relacionada con una enfermedad/lesión laboral? Sí o No
 Si respondió que sí, ¿cuál es la fecha de la enfermedad o lesión? _____

Parte II

5. ¿La visita de hoy se debe a un accidente no relacionado con el trabajo? Sí o No
 Si respondió que sí, ¿en qué fecha se produjo el accidente? _____
 ¿Qué tipo de accidente provocó la enfermedad o lesión? _____
 ¿Fue otra persona la responsable del accidente? Sí o No

Parte III

6. ¿En función de qué tiene usted derecho a los beneficios de Medicare? (Marque una opción).
 Edad: De ser así, indique su fecha aproximada de retiro: _____
 Discapacidad
 Enfermedad renal en etapa terminal

Partes IV, V y VI

7. ¿Tiene un empleo actualmente? Sí o No
8. ¿Tiene un cónyuge que esté trabajando actualmente? Sí o No
9. ¿Tiene cobertura de un plan de salud grupal (GHP, por sus siglas en inglés) basado en su empleo actual o en el de su cónyuge? Sí o No
10. ¿Tiene cobertura del GHP de un familiar distinto de su cónyuge? Sí o No

Si respondió que **SÍ** a cualquiera de estas preguntas, se requerirá información adicional para procesar su reclamación médica. Hable con el empleado de admisión para proporcionar los detalles necesarios.



TETON CANCER INSTITUTE

NOTIFICACIÓN DE COSEGURO DE PACIENTE AMBULATORIO DE MEDICARE

Para nuestros pacientes de Medicare:

Gracias por elegir Teton Cancer Institute, una filial de Mountain View Hospital. Esta afiliación brinda una mejor continuidad de la atención y servicios médicos de calidad ampliados.

Las reglamentaciones de Medicare nos exigen que le entreguemos un aviso sobre las posibles obligaciones económicas que deberá afrontar por el/los servicio(s) ambulatorio(s) hospitalario(s) que recibirá

Estamos obligados a informarle que, debido a que el servicio programado es prestado por un departamento ambulatorio de Mountain View Hospital, usted deberá pagar un coseguro al hospital que no corresponderá si los servicios se prestaran en una entidad que no dependiese de un hospital. Tenga en cuenta que su obligación (económica) correspondiente al coseguro por los servicios hospitalarios se factura aparte de la obligación por coseguros de Medicare que pueda adeudar por servicios médicos o profesionales que le hayan sido brindados junto con los servicios ambulatorios hospitalarios. Los saldos por coseguros se refacturarán a seguros secundarios si corresponde.

Los coseguros que deberá pagar dependerán de los servicios que efectivamente reciba. Por ejemplo, los saldos por coseguro de una visita de seguimiento promedio de un paciente establecido (99213) serán de aproximadamente \$19.30 por el cargo hospitalario y de \$9.80 por los honorarios médicos. El monto real de la obligación por coseguros adeudada al hospital puede diferir de los cálculos aproximados que le proporcionamos. Esto se debe a que el tipo y el alcance exactos de la atención que recibirá no se conocen con anticipación.

Toda la facturación se maneja por medio del Departamento de Servicios Financieros para Pacientes de Mountain View Hospital. Llame al (208) 557-2871 para hablar con un representante de servicio al cliente si tiene preguntas.

He leído lo anterior y comprendo lo siguiente:

- Contraeré una obligación económica con Mountain View Hospital correspondiente al coseguro ambulatorio hospitalario de Medicare según lo permite la ley.
- Si he proporcionado un seguro complementario, se presentará este seguro después de que Medicare procese mi reclamación, y el monto del coseguro podrá ser pagado en parte o en su totalidad.

Firma del paciente o representante

Fecha

Nombre en letra de imprenta del paciente o representante



(Solo para uso del consultorio)

Las siguientes preguntas van dirigidas a mejorar la atención al paciente. Nos ayudan a aclarar su historial médico. Utilice respuestas cortas pero completas.

Sólo para uso del consultorio:

¿Quién le remitió a nuestro consultorio médico? _____

Médico de atención primaria: _____

¿Qué le trae a vernos hoy?

¿Cuándo empezó este problema?

¿Qué síntomas tenía?

¿Hay algo que lo empeore? ¿O que lo mejore?

¿El problema es constante o va y viene?

Si se ha sometido a una cirugía por este problema, ¿cuál fue la fecha de la cirugía, el cirujano y dónde se llevó a cabo?

¿Qué ha pasado desde entonces?

¿Qué síntomas tiene ahora?

PROBLEMAS MÉDICOS ANTERIORES

Sí/No (S/N)	Problema	Fecha de inicio	Activo (A)	Resuelto (R)
	Angina			
	Presión arterial alta			
	Ataque al corazón/infarto de miocardio (IM)			
	Insuficiencia cardíaca congestiva/edema pulmonar			
	Asma			
	Enfisema/Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)			
	Neumonía			
	Diabetes			
	Enfermedad de la tiroides			
	Enfermedad renal			
	Hepatitis/cirrosis			
	Enfermedad inflamatoria intestinal			
	Osteoporosis			
	Artritis reumatoide			
	Enfermedad articular degenerativa/osteoartritis			
	Accidente cerebrovascular			
	Epilepsia/trastorno convulsivo			
	Enfermedad de Parkinson			
	Flebitis			
	Otro:			
	Otro:			



(S ño para uso del consultorio)

HISTORIAL QUIRÚRGICO ANTERIOR

Enumere sus cirugías anteriores, incluyendo el motivo y el lugar en el que se realizaron:

Fecha Aprox.	Edad	Procedimiento	Motivo de la cirugía	Cirujano/hospital

HISTORIAL DE MALIGNIDAD:

Lugar del cáncer	Fecha de inicio	Activo/Resuelto
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Trastornos hematológicos (sanguíneos):

- _____ Anemia
- _____ Coagulación anormal
- _____ Sangrado anormal
- ¿Alguna vez le han hecho una transfusión de sangre? S / N

MANTENIMIENTO DE LA SALUD:

- ¿Se ha vacunado alguna vez contra la gripe? S / N
- ¿Se ha vacunado alguna vez contra la neumonía? S / N
- ¿Se ha realizado alguna vez una sigmoidoscopia/colonoscopia? S / N

- Fecha de la última vacuna: _____
- Fecha de la última vacuna: _____
- Fecha del último examen: _____

Mujeres:

- ¿Se ha realizado alguna vez una mamografía de detección? S / N
- ¿Cuándo fue su último examen ginecológico de rutina?

- Fecha del último examen: _____
- Fecha del último examen: _____

Hombres:

- ¿Se ha sometido a un examen rectal digital para detectar el cáncer de próstata? S / N
- ¿Se ha hecho una prueba de Antígeno prostático específico (PSA)? S / N

- Fecha del último examen _____

Fecha del último examen _____ Resultado _____

HÁBITOS:

Consumo de tabaco: Nunca: _____ Actualmente: _____ Anteriormente: _____ ¿Cuándo lo dejó? _____
Cigarrillos _____ Cigarros _____ Pipa _____ Snuff _____ Tab. de mascar _____
Consumo promedio = _____ paquetes por día x _____ años

Consumo de alcohol: Nunca: _____ Actualmente: _____ Anteriormente: _____ ¿Cuándo lo dejó? _____
Cerveza: _____ Vino: _____ Licor: _____
Consumo promedio = _____ bebidas por _____ día _____ semana _____ mes

Consumo de drogas: Nunca: _____ Actualmente: _____ Exconsumidor: _____ ¿Cuándo lo dejó? _____
Marihuana _____ Cocaína _____ Heroína _____ Anfetaminas _____



(S̄do para uso del consultorio)

HISTORIAL SOCIAL:

Ocupaci3n: _____ tiempo completo: medio tiempo: desempleado: jubilado

¿Ha tenido una exposici3n importante a productos qu4micos t3xicos como disolventes industriales o bifenilos policlorados (PCB, por sus siglas en ingl3s)? S / N

Adem4s de las radiograf4as m3dicas o dentales, ¿ha estado expuesto a radiaciones ionizantes? S / N

¿Ha estado expuesto alguna vez a fibras de asbesto? S / N

Educaci3n: 3ltimo a~o de estudios completado: _____ Tipo de t4tulo: _____

Religi3n: Afiliaci3n religiosa: _____ Parroquia/comit3/congregaci3n: _____

HISTORIAL FAMILIAR:

¿Cu4ntos hermanos tiene? (*hermanos*) _____ (*hermanas*) _____

¿Cu4ntos hermanos vivos tiene? _____ ¿Cu4ntos viven en esta zona? _____

¿Cu4ntos hijos tiene? (*ni~os*) _____ (*ni~as*) _____

¿Cu4ntos hijos vivos tiene? _____ ¿Cu4ntos viven en esta zona? _____

¿Alguien de su familia ha tenido alguna vez c4ncer, trastornos sangu4neos, etc.? En caso afirmativo, proporcione detalles:

Problema de salud	C4ncer	Trastorno sangu4neo	Relaci3n	Vivo/fallecido	Edad

¿Hay alguna OTRA enfermedad importante en su familia? (*Enfermedades del coraz3n, presi3n arterial alta, diabetes, accidentes cerebrovasculares*)

Relaci3n	Problema de salud	Vivo/fallecido	Edad

HISTORIAL REPRODUCTIVO (*Mujeres*):

Edad a la que tuvo su 1er periodo ____ Edad a la que tuvo su 1er embarazo ____ n.º de embarazos ____ n.º de nacimientos vivos ____

¿Amamant3? S / N

Fecha del 3ltimo periodo menstrual ____ Edad en la que ces3 la menstruaci3n ____ (*menopausia*)

¿Ha utilizado alguna vez p4ldoras anticonceptivas (p4ldoras para el control de la natalidad)? S / N

En caso afirmativo, ¿por cu4nto tiempo? ____ a~os

¿Ha utilizado alguna vez la terapia de reemplazo de estr3genos? S / N

En caso afirmativo, ¿por cu4nto tiempo? ____ a~os

¿Sigue tomando sus p4ldoras hormonales? S / N

En caso negativo, ¿cu4ndo dej3 de hacerlo? _____

*(Solo para uso del consultorio)*

	Actualmente	Anteriormente	Negativo	Comentarios
General				
Pérdida de peso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Aumento de peso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Fiebre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Fatiga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ojos				
Visión doble	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Manchas en la visión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Cambios en la visión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
OÍDOS, NARIZ, GARGANTA/BOCA				
Dolores de oído	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Zumbidos en los oídos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Problemas de sinusitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Dolor de garganta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Llagas en la boca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Problemas dentales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Endocrino				
Piel seca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sed anormal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sofocos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hematológico/Linfático				
Moretones frecuentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Los cortes no dejan de sangrar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ganglios linfáticos agrandados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Respiratorio				
Sibilancia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Escupir sangre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Dificultad para respirar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tos crónica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Cardiovascular				
Respiración dolorosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Dolor en el pecho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Dificultad para respirar al realizar esfuerzos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hinchazón de las piernas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Palpitaciones cardíacas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Gastrointestinal				
Diarrea frecuente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Heces con sangre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Náuseas/vómitos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Estreñimiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Genitourinario				
Sangre en la orina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Dolor al orinar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Vaciado incompleto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Incontinencia por estrés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sangrado/secreción vaginal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Lesiones vaginales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Musculoesquelético				
Debilidad muscular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Piel (sistema tegumentario)				
Dolor en el seno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Secreción	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Masas/bultos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sarpullido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Úlceras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Neurológico				
Mareos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Convulsiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Entumecimiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Problemas para caminar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Psiquiátrico				
Depresión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Llanto frecuente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Los cortes no dejan de sangrar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Herramienta de evaluación de la malnutrición (MST)

PASO 1: Evaluación con la MST

1 ¿Ha perdido peso sin esfuerzo recientemente?

No	0
No lo sé	2

Si ha contestado Sí, ¿cuánto peso ha perdido?

1-6 kg	1
7-10 kg	2
11-15 kg	3
Más de 15 kg	4
No lo sé	2

Calificación de pérdida de peso:

2 ¿Come usted mal porque ha perdido el apetito?

No	0
Sí	1

Calificación del apetito:

Añadir calificaciones a la pérdida del peso y del apetito

CALIFICACIÓN DEL MST:

PASO 2: Calificar para determinar el riesgo

**MST = 0 Ó 1
SIN RIESGO**

Come bien y ha perdido poco peso o nada

Si la estancia supera los 7 días, repetir evaluación cada semana si es preciso.

**MST = 2 O MÁS
EN RIESGO**

Come mal o ha perdido peso recientemente

Implementar rápidamente intervenciones nutricionales.
Realizar consulta nutricional en 24-72 horas, dependiendo del riesgo.

PASO 3: Intervenir con apoyo nutricional para sus pacientes con riesgo de malnutrición.

Notas:
