



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
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

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:** _____

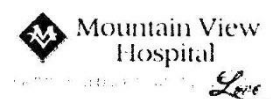
Por el presente, autorizo a la persona mencionada arriba a tener acceso a mi historia clínica. Necesito/no necesito una copia para mí en este momento.

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

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

- Identificación 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



(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:			



(Sólo 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 _____



(Sólo para uso del consultorio)

HISTORIAL SOCIAL:

Ocupación: _____ tiempo completo: medio tiempo: desempleado: jubilado

¿Ha tenido una exposición importante a productos químicos tóxicos como disolventes industriales o bifenilos policlorados (PCB, por sus siglas en inglés)? S / N

Además de las radiografías médicas o dentales, ¿ha estado expuesto a radiaciones ionizantes? S / N

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

Educación: Último año de estudios completado: _____ Tipo de título: _____

Religión: Afiliación religiosa: _____ Parroquia/comité/congregación: _____

HISTORIAL FAMILIAR:

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

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

¿Cuántos hijos tiene? (*niños*) _____ (*niñas*) _____

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

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

Problema de salud	Cáncer	Trastorno sanguíneo	Relación	Vivo/fallecido	Edad

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

Relación	Problema de salud	Vivo/fallecido	Edad

HISTORIAL REPRODUCTIVO (Mujeres):

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

¿Amamantó? S / N

Fecha del último periodo menstrual ____ Edad en la que cesó la menstruación ____ (*menopausia*)

¿Ha utilizado alguna vez píldoras anticonceptivas (píldoras para el control de la natalidad)? S / N
En caso afirmativo, ¿por cuánto tiempo? ____ años

¿Ha utilizado alguna vez la terapia de reemplazo de estrógenos? S / N
En caso afirmativo, ¿por cuánto tiempo? ____ años

¿Sigue tomando sus píldoras hormonales? S / N
En caso negativo, ¿cuándo dejó de hacerlo? _____



Alergias a medicamentos y reacciones:

Medicamento	Tipo de reacción

LISTA DE MEDICAMENTOS/SUPLEMENTOS

Enumere los medicamentos y suplementos que toma actualmente, incluidas las inyecciones que recibe de forma rutinaria:

Nombre del medicamento	Dosis	¿Para qué sirve?	Fecha en que fue prescrito	Médico que lo prescribió	Instrucciones para tomarlo	Efectos secundarios

*(Sólo 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"/>	
OIDOS, 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:
