



Bienvenido a Medical Oncology Associates of San Diego. Gracias por confiar en nosotros para su atención médica. Nuestra misión es ofrecer una atención inigualable a cada paciente que entra por nuestras puertas. Ofrecemos un tratamiento individualizado usando los avances más recientes y relevantes en la atención del cáncer, seleccionados con deliberación y compasión. Tenga la seguridad de que su médico y nuestro personal harán todo lo posible para ayudarlo en este proceso.

Adjunto encontrará un paquete de registro de nuevo paciente que contiene:

- La explicación de la documentación (esta página)
- El registro y los datos demográficos del paciente
- La autorización para revelar la información médica
- Historia médica
- Aviso sobre Prácticas de Privacidad

Complete todos los formularios y llévelos a su primera cita, junto con sus tarjetas de seguro actuales y una identificación con fotografía.

Recomendamos que llegue a nuestra oficina 30 minutos antes de su primera cita programada para que tenga tiempo suficiente para registrarse y completar cualquier otro formulario. La consulta inicial con su médico puede durar hasta 1 hora. Planifique como corresponda.

Recibirá un recordatorio automático de su cita programada por teléfono tres días antes de su visita. Escuche y responda a las opciones indicadas para confirmar su cita

Si necesita cancelar o reprogramar, hágalo al menos con 24 horas de antelación como cortesía para otros pacientes que esperan cita. Si no se presenta a su cita inicial o la cancela con menos de 24 horas de antelación, podría tener un cargo de \$50.

Las visitas de seguimiento suelen durar 15 minutos. Si llega más de 10 minutos tarde, es posible que no podamos recibirlo ese día. Un patrón repetido de ausencias o citas canceladas puede dar lugar a la terminación de la relación entre el proveedor y el paciente.

Nuestro consultorio médico cuenta con un portal para pacientes, Care Space, que ofrece a usted y a su cuidador un acceso fácil a su información médica. Care Space permite organizar sus citas médicas y enviar mensajes a su proveedor. Si quiere acceder a Care Space, hable con nuestros recepcionistas, que estarán encantados de ayudarlo.

Si tiene alguna pregunta sobre la información de arriba, no dude en comunicarse con nosotros al (858) 637-7888.

3075 Health Center Drive # 102 San Diego, CA 92123
5555 Reservoir Drive #306 San Diego, CA 92120
4060 4Th Avenue #508 San Diego, CA 92103
230 Prospect Place #210 Coronado, CA 92118
9850 Genesee Avenue #400 La Jolla, CA 92037

Teléfono: 858-637-7888
Fax: 858-637-7887
Correo electrónico: faxes@oncologysandiego.com
sitio web: oncologysandiego.com



Registro del paciente

Fecha de hoy: _____

Nombre del paciente (primer nombre, apellido): _____ Nombre preferido: _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____ SSN _____

Sexo (encierre en un círculo): M F No binario Otro: _____

DIRECCIÓN Calle: _____ Ciudad: _____ Código postal: _____ Estado: _____

Teléfono de la casa: _____ Teléfono del trabajo: _____ Celular: _____

Dirección de correo electrónico: _____

¿Está de acuerdo en recibir información actualizada por correo electrónico? Sí No

Idioma principal: _____ Idioma secundario: _____

Raza: _____ Origen étnico: _____

¿Cómo se enteró de nuestro servicio? Encierre en un círculo abajo:

Yelp, Google, sitio web, redes sociales, MD o remisión de un paciente, remisión de seguros

¿Recibió una remisión con nosotros por un médico que no es su médico de atención primaria? Encierre en un círculo S / N Si respondió Sí:

Nombre del MD remitente: _____ Teléfono: _____ Fax: _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO

Seguro principal: _____ ID: _____ N.º de grupo: _____

Titular de la póliza: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____ Relación: _____

Seguro secundario: _____ ID: _____ N.º de grupo: _____

Titular de la póliza: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____ Relación: _____

Autorizo el pago de los beneficios médicos a Medical Oncology Associates of San Diego con mi compañía de seguros actual, como se indica arriba.

La base de datos de Open Payment es una herramienta federal que se usa para buscar pagos hechos por compañías farmacéuticas y de dispositivos médicos a médicos y hospitales universitarios. Se puede encontrar en <https://openpaymentsdata.cms.gov>

Nombre del paciente: _____ **Firma:** _____

3075 Health Center Drive # 102 San Diego, CA 92123	Teléfono: 858-637-7888
5555 Reservoir Drive #306 San Diego, CA 92120	Fax: 858-637-7887
4060 4Th Avenue #508 San Diego, CA 92103	Correo electrónico: faxes@oncologysandiego.com
230 Prospect Place #210 Coronado, CA 92118	sitio web: oncologysandiego.com
9850 Genesee Avenue #400 La Jolla, CA 92037	



AUTORIZACIÓN PARA USAR O REVELAR INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

Completar este documento autoriza la revelación y el uso de su información médica protegida. Si no da toda la información solicitada, es probable que se anule esta autorización. Firmando este documento, permite que nuestra oficina se comunique con sus otros médicos y les pida registros sobre su atención y diagnóstico. No compartiremos ni pediremos ninguna información que no esté relacionada específicamente con su tratamiento y atención aquí con nosotros en Medical Oncology Associates of San Diego.

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

USO Y REVELACIÓN DE LA INFORMACIÓN MÉDICA

Por la presente autorizo: _____ a revelar a:

Personas/organizaciones: **Medical Oncology Associates of San Diego**

Dirección: _____

La siguiente información:

- a. Toda la información médica relacionada con mi historia médica, condición médica mental o física y tratamiento recibido
- Únicamente los siguientes registros o tipos de información médica (incluya un rango de fechas):

b. Yo autorizo específicamente la divulgación de la siguiente información (marque según corresponda):

- Tratamiento para la salud mental _____ (escriba sus iniciales aquí)
- Resultados de las pruebas de VIH _____ (escriba sus iniciales aquí)
- Información sobre el tratamiento de alcohol/drogas _____ (escriba sus iniciales aquí)

MIS DERECHOS

- Yo puedo negarme a firmar esta autorización. Mi negativa no afectará mi capacidad de obtener tratamiento o pago ni mi elegibilidad para recibir beneficios.
- Puedo recibir una copia de esta autorización.
- Puedo inspeccionar u obtener una copia de la información médica cuyo uso o revelación estoy autorizando.
- Puedo revocar esta autorización en cualquier momento, pero debo hacerlo por escrito y enviarla a la siguiente dirección:
3075 Health Center Drive # 102 San Diego, CA 92123
- Puedo poner una fecha de vencimiento a la autorización ahora mismo: _____

FIRMA

Firmando este documento, usted acepta que leyó, recibió y comprendió este documento y que da su consentimiento para que usemos y revelemos su expediente médico a nuestros médicos para que puedan atenderlo mejor como paciente.

Nombre en letra de molde: _____ **Firma:** _____ **Fecha:** _____

Si está firmado por una persona que no sea el paciente, especifique aquí la relación: _____

3075 Health Center Dr. Suite 102 San Diego, CA 92123	Teléfono: 858-637-7888 / 619-287-9910
5555 Reservoir Drive # 306 San Diego, CA 92120	Fax: 858-637-7887 / 619-287-3526
4060 4Th Ave. # 508 San Diego, CA 92103	Correo electrónico: faxes@oncologysandiego.com
230 Prospect Place # 210 Coronado, CA 92118	sitio web: oncologysandiego.com



AUTORIZACIÓN PARA REVELAR LA INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA A LOS FAMILIARES

Completar este documento autoriza la revelación de su información médica protegida. Según los requisitos de la HIPAA, no se nos permite dar esta información a nadie sin el consentimiento del paciente. Si quiere que su información médica, los resultados de cualquier prueba de diagnóstico o la información económica se revelen a algún familiar o amigo, debe firmar este formulario.

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento del paciente: _____

USO Y REVELACIÓN DE LA INFORMACIÓN MÉDICA

Por la presente autorizo: a **Medical Oncology Associates of San Diego** para que revele mis registros y cualquier información solicitada a las siguientes personas:

- a. _____ Relación: _____ Teléfono: _____
- _____ Relación: _____ Teléfono: _____
- _____ Relación: _____ Teléfono: _____

b. Autorización para recibir mensajes (marque todas las opciones que correspondan)

- Autorizo a que dejen un mensaje detallado en mi teléfono de casa o celular sobre las fechas de mis citas
- Autorizo a que dejen un mensaje detallado en mi teléfono de casa o en mi celular sobre tratamientos médicos, atención, resultados de pruebas o información económica.
- Autorizo a que dejen un mensaje con cualquier persona que responda a mi teléfono de casa o en mi celular sobre la fecha y hora de la cita.
- Autorizo a que dejen un mensaje a cualquier persona que responda a mi teléfono de casa o a mi celular sobre tratamientos médicos, atención, resultados de pruebas o información económica.
- Los mensajes únicamente pueden dejarse con _____

MIS DERECHOS

- Completar y firmar este documento es completamente opcional.
- Puedo recibir una copia de esta autorización.
- Puedo inspeccionar u obtener una copia de la información médica cuyo uso o revelación estoy autorizando.
- Puedo revocar esta autorización en cualquier momento (excepto cuando ya hayamos revelado información basándonos en su consentimiento previo), pero debo hacerlo por escrito y enviarlo a la siguiente dirección:
3075 Health Center Drive #102 San Diego, CA 92123
- Puedo poner una fecha de vencimiento a la autorización ahora mismo: _____

FIRMA

Firmando este documento, usted acepta que leyó, recibió y comprendió todas las partes de este documento y que consiente la revelación de su información médica a las personas mencionadas arriba.

Nombre en letra de molde: _____ Firma: _____ Fecha: _____

Si está firmado por una persona que no sea el paciente, especifique aquí la relación: _____

3075 Health Center Dr. Suite 102 San Diego, CA 92123	Teléfono: 858-637-7888 / 619-287-9910
5555 Reservoir Drive # 306 San Diego, CA 92120	Fax: 858-637-7887 / 619-287-3526
4060 4Th Ave. # 508 San Diego, CA 92103	Correo electrónico: faxes@oncologysandiego.com
230 Prospect Place # 210 Coronado, CA 92118	sitio web: oncologysandiego.com



Cuestionario para nuevos pacientes

Nombre: _____ Fecha de nacimiento ____ / ____ / ____ Fecha _____

MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA

Nombre del MD: _____ Teléfono: (____) _____ - _____ Fax: (____) _____ - _____

INFORMACIÓN DE LA FARMACIA

Farmacia preferida: _____ Teléfono: _____

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

Escriba todas las alergias y reacciones a medicamentos o escriba NINGUNA

HISTORIA SOCIAL

Ocupación: _____ Estado civil: _____

Vive solo Sí No ¿Quién vive con usted? _____

¿Fuma?

_____ Nunca
_____ En el pasado
_____ En el presente
_____ ¿Cuántos paquetes/días?

¿Alcohol?

_____ Todos los días
_____ Ocasionalmente
_____ Ninguno

¿Otro consumo de sustancias?

_____ Sí
_____ No

MEDICAMENTOS ACTUALES (incluyendo medicamentos de venta libre, vitaminas, suplementos nutricionales, etc.)

Medicamentos con receta, vitaminas y medicamentos OTC	DOSIS – Cuántas veces al día



Cuestionario para nuevos pacientes

Nombre: _____ Fecha de nacimiento ____ / ____ / ____ Fecha: _____

PROBLEMAS MÉDICOS ANTERIORES (como diabetes, hipertensión, etc.)

HOSPITALIZACIONES Y OPERACIONES ANTERIORES:

Hospitalización/ operación	Fecha

HISTORIA MÉDICA PREVENTIVA – Mencione la fecha de la última evaluación: mes/año

Papanicolaou: _____ Mamografía: _____

Colonoscopia: _____ Densidad ósea: _____



Cuestionario para nuevos pacientes

Nombre: _____ Fecha de nacimiento ____ / ____ / ____ Fecha: _____

HISTORIA FAMILIAR - Complete la siguiente información de su historia

únicamente en caso de CÁNCER o TRASTORNOS DE LA SANGRE

	Familiares	Tipo de cáncer o trastornos de la sangre	Edad en el momento del diagnóstico	Vivo	Fallecido
PACIENTE	Madre				
	Padre				
	Hijos				
	Hermanos				
	Hermanas				
LADO MATERNO DE LA FAMILIA	Familiares	Tipo de cáncer o trastornos de la sangre	Edad en el momento del diagnóstico	Vivo	Fallecido
	Abuela				
	Abuelo				
	Tías				
	Tíos				
	Primos				
LADO PATERNO DE LA FAMILIA	Familiares	Tipo de cáncer o trastornos de la sangre	Edad en el momento del diagnóstico	Vivo	Fallecido
	Abuela				
	Abuelo				
	Tías				
	Tíos				
	Primos				

3075 Health Center Dr. Suite 102 San Diego, CA 92123
 5555 Reservoir Drive # 306 San Diego, CA 92120
 4060 4Th Ave. # 508 San Diego, CA 92103
 230 Prospect Place # 210 Coronado, CA 92118

Teléfono: 858-637-7888 / 619-287-9910
 Fax: 858-637-7887 / 619-287-3526
 Correo electrónico: faxes@oncologysandiego.com
 sitio web: oncologysandiego.com



Cuestionario para nuevos pacientes

Nombre: _____ Fecha de nacimiento ____ / ____ / ____ Fecha: _____

HISTORIA DE VACUNACIÓN

VACUNAS	FECHA DE LA ÚLTIMA RECIBIDA
Vacuna contra la influenza (gripe)	
Vacuna de neumococo (neumonía)	
Vacuna del COVID-19. Indique qué vacuna (J&J, Pfizer o Moderna)	
Otro:	

CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: (____) ____ - ____

DIRECTIVAS ANTICIPADAS – Documentos legales sobre sus preferencias en cuanto a la atención médica en caso de que ya no pueda tomarlas usted mismo.

- ¿Tiene un **testamento en vida**?
 Sí No **Si respondió Sí, entregue una copia.**
- ¿Tiene un **poder notarial duradero**? (un documento que autoriza a una persona de su elección a administrar sus asuntos económicos si usted no puede o no quiere administrarlos por sí mismo)
 Sí No **Si respondió Sí, entregue una copia en la recepción o al proveedor.**
- ¿Tiene algún familiar cercano o persona que tome decisiones por usted si es necesario?
 Sí No **Si respondió Sí, indique su nombre, teléfono y relación con usted:**

-
- ¿Quiere recibir CPR en caso de que su corazón deje de latir o deje de respirar?
 Sí No, DNR (No resucitar)
 - ¿Ha completado un POLST?
 Sí No

3075 Health Center Dr. Suite 102 San Diego, CA 92123
5555 Reservoir Drive # 306 San Diego, CA 92120
4060 4Th Ave. # 508 San Diego, CA 92103
230 Prospect Place # 210 Coronado, CA 92118

Teléfono: 858-637-7888 / 619-287-9910
Fax: 858-637-7887 / 619-287-3526
Correo electrónico: faxes@oncologysandiego.com
sitio web: oncologysandiego.com



AUTORIZACIÓN INICIAL PARA LA RECOGIDA DE MEDICAMENTOS POR PARTE DE TERCEROS

SECCIÓN 1: INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre en letra de molde: _____ Fecha: _____

Dirección física: _____

Teléfono: _____

SECCIÓN 2: INFORMACIÓN DE TERCEROS AUTORIZADOS

1.ª persona

Nombre en letra de molde: _____ Teléfono: _____

2.ª persona

Nombre en letra de molde: _____ Teléfono: _____

3.ª persona

Nombre en letra de molde: _____ Teléfono: _____

SECCIÓN 3: FIRMA Y AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE

Mi firma abajo autoriza al tercero que aparece en este formulario a recoger mi medicamento en la clínica de mi proveedor y entregármelo. Además, reconozco que una vez que mi medicamento esté en posesión del tercero autorizado, es mi plena responsabilidad asegurarme de que dicho tercero me entregue el medicamento.

Firma: _____ Fecha: _____

SECCIÓN 4: PARA USO OFICIAL ÚNICAMENTE

Nombre del empleado	Firma	Fecha
El empleado debe confirmar la recepción de cada uno de los siguientes artículos.		
<input type="checkbox"/> Formulario de autorización completo		
<input type="checkbox"/> Firma verificada del paciente		

3075 Health Center Dr. Suite 102 San Diego, CA 92123
5555 Reservoir Drive # 306 San Diego, CA 92120
4060 4Th Ave. # 508 San Diego, CA 92103
230 Prospect Place # 210 Coronado, CA 92118

Teléfono: 858-637-7888 / 619-287-9910
Fax: 858-637-7887 / 619-287-3526
Correo electrónico: faxes@oncologysandiego.com
sitio web: oncologysandiego.com