



4610 Jefferson Lane NE      Albuquerque, NM 87109  
Tel: (505) 559-4495      Fax: (505) 842-8025  
Email: info@wcscnm.com      www.wcscnm.com

## **Registro Inicial**

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_      Número Seguro Social: \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono Casa: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_      Celular: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_ Teléfono Trabajo: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Contacto de Emergencia: \_\_\_\_\_

Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Médico Familiar ó Primario: \_\_\_\_\_

¿Quiere que WCSC mande sus Archivos Médicos a este Doctor?     Si     No

¿Quién le recomendó ser visto por el Dr. Vigil? : \_\_\_\_\_

Nombre de su Farmacia: \_\_\_\_\_

Ubicación de su Farmacia: \_\_\_\_\_

## **Información de su Seguro Médico (Aseguranza)**

**Primaria**

**Secundaria**

Nombre de la Aseguranza: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Dirección para Reclamaciones: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Número de la Póliza (ID): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Número del Grupo: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Co-pago para Especialistas: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Titular de la Póliza: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Relación con el Titular de la Póliza: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento del Titular: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Seguro Social del Titular: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

HE RECIBIDO EL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD:  Si  No

### **Declaración de Responsabilidad Financiera**

Certifico que la información declarada arriba es verdadera . Por este medio, autorizo que los beneficios de mi Seguro Médico sean pagados directamente a Women's Cancer and Surgical Care, P.C. Entiendo que yo soy financieramente responsable por cualquier saldo en mi cuenta y por cualquier cargo que se genere al no proveer a Women's Cancer and Surgical Care, P.C. con la información más actualizada y/o correcta de mi Seguro Médico. Así mismo, autorizo a Women's Cancer and Surgical Care, P.C. para divulgar cualquier información que se requiera para procesar mis reclamaciones a través de mi Aseguranza (Seguro Médico).

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Firma del Paciente o de la Persona Responsable

Fecha

**NOTA: Si Usted requiere que procesemos formas de FMLA y/o de Discapacidad, permítanos 10 días laborables para entregárselas. El procesamiento de la forma FMLA tiene un costo de \$ 25.00 mismos que se deberán pagar al momento de solicitarla.**



4610 Jefferson Lane NE Albuquerque, NM 87109  
Tel: (505) 559-4495 Fax: (505) 842-8025  
Email: info@wcscnm.com www.wcscnm.com

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Solicito y autorizo a Women's Cancer and Surgical Care, P.C. para que:

**DIVULGE** mi información  **OBTENGA** mi información

Nombre del Médico/Oficina/Hospital \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Persona a contactar: \_\_\_\_\_

El propósito de esta solicitud es: (seleccione todas las que apliquen)

Me nuevo  Propósitos de la Aseguranza  Cambio de Médico

Segunda Opinión  Revisión Personal

Otra (favor de especificar) \_\_\_\_\_

**La siguiente información de salud protegida (PHI) puede ser divulgada:** (seleccione una)

Autorizo a divulgar **todos mis archivos médicos** con las siguientes excepciones, (Favor de especificar cual información **NO** desea que divulgemos)

Autorizo a divulgar **todos mis archivos médicos** relacionados con los siguientes tratamientos y condiciones:

Autorizo a divulgar **todos mis archivos médicos** de \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_

**Esta autorización expirará automáticamente dentro de un año a partir de la fecha de su firma.**

Entiendo que en cualquier momento, tengo el derecho de revocar por escrito esta autorización, excepto aquella información que ya haya sido divulgada resultado de esta misma autorización.

**AVISO AL PACIENTE: Las primeras 10 páginas son sin costo. Las páginas adicionales tienen un costo de \$ 0.50 cada una por gastos administrativos y de copiado.**

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente / Representante / Apoderado Legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Razón de su visita:** \_\_\_\_\_

¿Usted ha tenido alguno de estos síntomas en los últimos 6 meses? **Marque X donde aplique.**

**Constitucional:**

- Ha subido o bajado de peso  
    ¿Cuántas libras? (especificar si + ó -) \_\_\_\_\_
- Cambios en apetito
- Cambios en el sueño
- Cambios en el nivel de energía (Stamina)
- Fiebre
- Incapacidad para desarrollar actividades básicas como:  
    vestirse, cocinar, bañarse por usted mismo.

**Dolor:**

- ¿En dónde? \_\_\_\_\_
- ¿Por cuánto tiempo? \_\_\_\_\_
- ¿Este dolor se mueve? \_\_\_\_\_
- ¿Qué incrementa o disminuye este dolor? \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

**Piel:**

- Ronchas / Salpullido
- Llagas / Úlceras
- Manchas o lesiones en la piel
- Cambios en lunares

**Senos:**

- Sensibilidad
- Secreción en el pezón
- Masas
- Protuberancias ("bultitos") en las axilas

**Cabeza, Ojos, Oídos, Nariz, Garganta:**

- Cambios en la visión
- Cambios en el sabor
- Cambios al escuchar
- Cambios al oler
- Sangrado de la nariz
- Problemas de Sinusitis
- Pérdida del cabello
- Incremento en el crecimiento del cabello
- Otro (Favor de especificar) \_\_\_\_\_

**Músculo - Esquelético:**

- Dolor en las articulaciones  
    ¿Cuáles? \_\_\_\_\_
- Hinchazón
- Debilidad en los músculos
- Dificultad para caminar
- Debilidad en la(s) mano(s)

**Neurológico:**

- Sensaciones anormales (entumecimiento/hormigueo)  
    ¿En dónde? \_\_\_\_\_
- Mareos
- Inestabilidad al caminar o moverse
- Convulsiones
- Debilidad en brazos y/o piernas
- Dolor de cabeza
- Desmayos / Cambios en el habla

**Cardiaco:**

- Dolor de pecho
- Palpitaciones
- Arritmias anteriores
- Ataques al corazón anteriores
- Hinchazón de piernas
- Dificultad para respirar
- ¿Requiere de una almohada para dormir en la noche? \_\_\_\_\_
- ¿Puede subir escalones sin dificultad de respirar? \_\_\_\_\_
- ¿Puede caminar una cuadra sin dificultad de respirar? \_\_\_\_\_
- ¿Usted mira a un Cardiólogo? \_\_\_\_\_
- ¿A quién? \_\_\_\_\_

**Pulmonar:**

- Tos seca
- Tos con mucosidad y/o sangre
- Dolor al respirar
- Fiebre de Heno u otras alergias
- ¿Usted mira a un Doctor Pulmonar? \_\_\_\_\_
- ¿A quién? \_\_\_\_\_

**Gastrointestinal:**

- Nausea
- Vomito
- Diarrea
- Estreñimiento
- Dificultad para tragar
- Reflujo
- Sangre en las heces fecales
- Se siente "lleno" después que comienza a comer

**Urinario**

- Sangre en la orina
- Incontinencia de orina
- Infecciones de orina
- Problemas de riñones
- Se despierta para orinar
- Dolor al orinar

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

**Ginecológico:**

\_\_\_ Sangrado vaginal      \_\_\_ Flujo vaginal  
 \_\_\_ Dolor pélvico      \_\_\_ Periodos irregulares  
 ¿En dónde? \_\_\_\_\_  
 ¿Por cuánto tiempo lo ha tenido? \_\_\_\_\_  
 ¿Qué lo incrementa o disminuye? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_ Dificultad para embarazarse  
 \_\_\_ Dolor durante el intercambio sexual

**Hematológico:**

\_\_\_ Historia de coágulos en Usted o los miembros de su familia  
 \_\_\_ Historia de anemia ó conteo bajo de células sanguíneas  
 \_\_\_ Le salen "moretones" con facilidad  
 \_\_\_ Sudoración nocturna

**Psiquiátrico:**

\_\_\_ Ansiedad      \_\_\_ Dificultad para concentrarse  
 \_\_\_ Depresión      \_\_\_ Cambios estado de ánimo

**Antecedentes Médicos:**

\_\_\_ Diabetes      \_\_\_ Asma  
 \_\_\_ Problemas de Tiroides      \_\_\_ HIV  
 \_\_\_ Presión alta      \_\_\_ Hepatitis C  
 \_\_\_ Ataque al corazón  
 \_\_\_ Cáncer anterior ¿qué tipo? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_ Transfusiones de sangre anteriores  
 Otra(o) \_\_\_\_\_

**Antecedentes Quirúrgicos:**

\_\_\_ Extirpación de la vesícula biliar      \_\_\_ Apendectomía  
 \_\_\_ Ligadura de trompas      \_\_\_ Histerectomía  
 \_\_\_ Extirpación de (los) ovario(s)      \_\_\_ Cirugía de senos  
 \_\_\_ Problemas con anestesia o con la recuperación de una cirugía

**Historia Familiar:**

	<b>Madre</b>	<b>Padre</b>
Coágulos de sangre	_____	_____
Diabetes	_____	_____
Presión alta	_____	_____
Embolia	_____	_____
Enfermedad del corazón	_____	_____
Enfermedad mental	_____	_____
Cáncer	_____	_____

**Algún tipo de cáncer por parte de su...**

Lado materno \_\_\_\_\_ Lado paterno \_\_\_\_\_

**Obstetricia:**

Número total de embarazos \_\_\_\_\_  
 Número de nacimientos vivos \_\_\_\_\_  
 Número de partos a término \_\_\_\_\_  
 Número de partos prematuros \_\_\_\_\_  
 Número de embarazos perdidos \_\_\_\_\_  
 ¿Algún embarazo ectópico? \_\_\_\_\_  
 ¿Algún embarazo molar? \_\_\_\_\_  
 Número de partos vaginales \_\_\_\_\_  
 Número de partos por cesárea \_\_\_\_\_

**Antecedentes Ginecológicos:**

Último periodo menstrual \_\_\_\_\_  
 Edad cuando tuvo su primer periodo \_\_\_\_\_  
 Sangrado entre periodos \_\_\_\_\_  
 ¿Usa anticonceptivos? \_\_\_\_\_ ¿Qué tipos?  
 \_\_\_\_\_  
 ¿Cuándo fué su último Papanicolaou? \_\_\_\_\_  
 ¿Ha tenido algún Papanicolaou anormal? \_\_\_\_\_  
 ¿Actualmente está sexualmente activa? \_\_\_\_\_  
 ¿Ha tenido alguna enfermedad de transmisión sexual? Ejemplos: Gonorrea, Clamidia \_\_\_\_\_  
 ¿A qué edad comenzo la Menopausia? \_\_\_\_\_  
 ¿Ha tomado terapia de reemplazo hormonal? \_\_\_\_\_  
 Edad en su primera relación sexual \_\_\_\_\_

**Historia Social:**

¿Fuma? \_\_\_\_\_ ¿Bebe alcohol? \_\_\_\_\_  
 ¿Está empleada? \_\_\_\_\_  
 ¿Hace ejercicio? \_\_\_\_\_  
 Estado Civil \_\_\_\_\_  
 Educación \_\_\_\_\_  
 ¿Quién es su principal apoyo emocional?  
 \_\_\_\_\_  
 ¿Tiene usted testamento? \_\_\_\_\_  
 ¿Tiene poder legal? \_\_\_\_\_  
 Su ocupación \_\_\_\_\_  
 ¿Cuándo fué la última vez que usted tuvo? :  
 \* \_\_\_ Colonoscopia, año: \_\_\_\_\_  
 \* \_\_\_ Mamograma , año : \_\_\_\_\_  
 \* \_\_\_ Densidad Osea, año : \_\_\_\_\_  
 \* \_\_\_ Chequeo de Colesterol , año : \_\_\_\_\_  
 \* \_\_\_ Chequeo de Glucosa, año: \_\_\_\_\_  
 \* \_\_\_ Chequeo de Tiroides, año: \_\_\_\_\_

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_



## **Lista de Medicamentos**

***Por favor escribe las medicinas que toma con sus nombres, dosis y frecuencias.***

### ***Medicinas que requieren prescripción médica:***

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_
6. \_\_\_\_\_
7. \_\_\_\_\_
8. \_\_\_\_\_
9. \_\_\_\_\_
10. \_\_\_\_\_

### ***Medicinas de venta libre (no requieren prescripción médica):***

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_

### ***Medicinas herbales y/o naturistas:***

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_



4610 Jefferson Lane NE  
Tel: (505) 559-4495  
info@wcscnm.com

Albuquerque, NM 87109  
Fax: (505) 842-8025  
www.wcscnm.com

### **Divulgación de Información Médica a Familiares**

Yo, \_\_\_\_\_  
(Nombre)

con fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Autorizo a Women's Cancer and Surgical Care, P.C. para que divulge mi información médica referente a:

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Toda la Información                  | <input type="checkbox"/> Análisis de sangre          |
| <input type="checkbox"/> Papanicolaou                         | <input type="checkbox"/> Procedimientos y resultados |
| <input type="checkbox"/> Información de medicamentos/recargas | <input type="checkbox"/> Información de citas        |

A: \_\_\_\_\_  
(nombre)

Quien está relacionado conmigo como: \_\_\_\_\_

***Libero a Women's Cancer and Surgical Care, P.C. de cualquier responsabilidad resultante de la divulgación de esta información confidencial.***

**NO autorizo a Women's Cancer and Surgical Care, P.C. para divulgar A NADIE, NINGUNA información médica o de cita.**

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_