

Panhandle Cancer Care Center
1655 Point West Pkwy
Amarillo, TX 79124
Phone: (806) 354-0950
Fax: (806) 356-1935

NOMBRE: _____

FECHA: _____

Es importante para nosotros conocer cada medicamento que está tomando actualmente. Esto incluye medicamentos que han sido recetados por todos sus médicos, medicamentos de venta libre, vitaminas, suplementos, medicamentos a base de hierbas y cualquier otro que tome regularmente. Enumere todos los medicamentos en la sección a continuación. Verifique que la frecuencia y la concentración sean precisas para todos los medicamentos actuales que se enumeran a continuación. Si necesita más espacio, indique información adicional en la parte posterior de esta página. Gracias por tomarse el tiempo de completar esta información.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	FUERZA	¿CON QUÉ FRECUENCIA LO TOMAS?
Ejemplo: Aspirina	81 mg	Un comprimido al día

¿Ha recibido la vacuna contra la gripe en los últimos 12 meses? Sí: NO:

En caso afirmativo, ¿cuándo? Mes _____ Año _____ Si la respuesta es no, indique el motivo _____

¿Ha recibido la vacuna contra la neumonía? Sí: NO:

En caso afirmativo, ¿cuándo? Mes _____ Año _____

¿Ha recibido la vacuna contra el herpes zóster? Sí: NO:

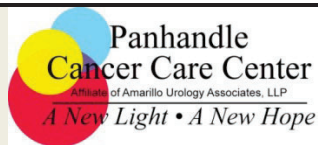
En caso afirmativo, ¿cuándo? Mes _____ Año _____

¿Te has vacunado contra el COVID? Sí: NO: **¿Ha tenido COVID?** Sí: NO:

En caso afirmativo, ¿cuándo? Mes _____ Año _____

En caso afirmativo, ¿cuándo? Mes _____ Año _____

Firma: _____



REVISIÓN DE SISTEMAS

NOMBRE:			AUA #:			FETCHA:		
ALERGIAS			OJOS					
DROGAS	Y	N	VISIÓN BORROSA	Y	N			
MEDIOAMBIENTAL	Y	N	VISIÓN DOBLE	Y	N			
CARDIOVASCULAR			GAFAS	Y	N			
ARRITMIA	Y	N	GI					
DOLOR EN EL PECHO	Y	N	DOLOR ABDOMINAL	Y	N			
HINCHAZÓN	Y	N	ACEDÍA	Y	N			
CONSTITUCIONAL			NÁUSEAS/VÓMITOS	Y	N			
FALTA DE APETITO	Y	N	GENITOURINARIO					
FATIGA	Y	N	DOLOR AL ORINAR	Y	N			
FIEBRE	Y	N	FRECUENCIA	Y	N			
ESCALOFRÍOS	Y	N	SANGRE	Y	N			
CAMBIO DE PESO	Y	N	URGENCIA	Y	N			
ENDOCRINO			INCONTINENECECE	Y	N			
DIABETES	Y	N	DOBLADILLO/LINFA					
PROBLEMAS DE TIROIDES	Y	N	SANGRAR FÁCILMENTE	Y	N			
ENMT			GANGLIOS LINFÁTICOS SENSIBLES	Y	N			
PROBLEMAS PARA REVOLCARSE	Y	N	PIEL					
PROBLEMAS DE OÍDO	Y	N	AMPOLLAS	Y	N			
DOLOR DE GARGANTA	Y	N	PREZÓN PERSISTENTE	Y	N			
PROBLEMAS DE SINUSITIS	Y	N	SARPULLIDO	Y	N			
MUSCULOSKELETAL			NEUROLÓGICO					
ARTRITIS	Y	N	MAREOS	Y	N			
DOLOR ÓSEO	Y	N	PROBLEMAS DE EQUILIBRIO	Y	N			
DOLOR EN LAS ARTICULACIONES	Y	N	JAQUECA	Y	N			
DOLOR DE ESPALDA	Y	N	PÉRDIDA DE MEMORIA	Y	N			
DEBILIDAD MUSCULAR	Y	N	ENTUMECIMIENTO	Y	N			
RESPIRATORIO			TEMBLORES	Y	N			
TOS	Y	N	PSIQUIÁTRICO					
DIFICULTAD PARA RESPIRAR	Y	N	DEPRESIÓN	Y	N			
DOLOR EN EL PECHO	Y	N	ANSIEDAD	Y	N			
SIBILANCIA	Y	N						

FORMULARIO DE HISTORIA CLÍNICA DEL PACIENTE

NOMBRE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____ LA FECHA DE HOY _____

PROBLEMAS MÉDICOS: ¿TIENES O HAS TENIDO ANTECEDENTES DE ALGUNO DE LOS SIGUIENTES PROBLEMAS? POR FAVOR, REvisa TODO LO QUE SE APLIQUE.

ASMA	<input type="checkbox"/>	COLESTEROL ALTO	<input type="checkbox"/>
FIBRILACIÓN AURICULAR (FIB)	<input type="checkbox"/>	HIPERTENSIÓN	<input type="checkbox"/>
ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES	<input type="checkbox"/>	CÁLCULOS RENALES	<input type="checkbox"/>
DIABETES	<input type="checkbox"/>	ARTROARTIS	<input type="checkbox"/>
EMFISEMA	<input type="checkbox"/>	OTROS CÁNCER(ES)	<input type="checkbox"/>
REFLUJO GSTRÁSTRICO	<input type="checkbox"/>	ARRITIS REUMATOIDE	<input type="checkbox"/>
GLAUCOMA	<input type="checkbox"/>	CONVULSIONES	<input type="checkbox"/>
ATAQUE AL CORAZÓN	<input type="checkbox"/>	GOLPE	<input type="checkbox"/>
ENFERMEDADES CARDÍACAS	<input type="checkbox"/>	PROBLEMAS DE TIROIDES	<input type="checkbox"/>
OTROS: _____			

PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS: POR FAVOR, INDIQUE CUALQUIER CIRUGÍA QUE HAYA TENIDO Y EL AÑO EN QUE SE REALIZARON.

ANTECEDENTES FAMILIARES: POR FAVOR, ENUMERA CUALQUIER ANTECEDENTE DE DIABETES, ENFERMEDADES CARDÍACAS O CÁNCER EN TUS FAMILIARES (POR FAVOR, INCLUYE RELACIÓN CONTIGO, es decir, PADRE, MADRE, HERMANO, HERMANA, ETC.)

HISTORIA SOCIAL:

¿FUMAS? SÍ: NO: SI RESPONDES QUE SÍ, ¿CUÁNTOS PAQUETES AL DÍA FUMAS? _____

¿TIENES ANTECEDENTES DE FUMAR? SÍ: NO:

¿A QUÉ EDAD EMPEZASTE A FUMAR? _____ ¿CUÁNDO DEJASTE DE FUMAR? _____

SI HAS DEJADO DE FUMAR, ¿CUÁNTOS PAQUETES FUMABAS AL DÍA? _____

¿BEBES ALCOHOL? _____ ¿CUÁNTOS DÍAS A LA SEMANA? _____ BEBIDAS AL DÍA? _____

FORMULARIO DE HISTORIA CLÍNICA DEL PACIENTE CONTINUADO

POR FAVOR, INDIQUE LAS FECHAS PARA LAS PRUEBAS DE CRIBADO APLICABLES:

COLONOSCOPIA MÁS RECIENTE: _____

RESULTADOS DE LA COLONOSCOPIA: CÍRCULO UNO: NEGATIVO o POSITIVO para CANCER DE COLON

MAMOGRAFÍA MÁS RECIENTE: _____

RESULTADOS DE LA MAMOGRAFÍA RECIENTE: CÍRCULO UNO: NEGATIVO o POSITIVO para CÁNCER DE MAMA

PRUEBA DE PAPANICOLAUANOS MÁS RECIENTE (SOLO PACIENTES FEMENINAS):

RESULTADOS DE LA RECIENTE PRUEBA DE PAPANICOLAU: CÍRCULO UNO: NEGATIVO o POSITIVO PARA CANCER

ALERGIAS: POR FAVOR, MARQUE LA CASILLA CORRESPONDIENTE Y EXPLIQUE LA REACCIÓN (POR EJEMPLO: ERUPCIÓN, HINCHAZÓN, DIFICULTAD PARA RESPIRAR, VÓMITOS, ETC.)		
DROGA	<input type="checkbox"/>	
COMIDA	<input type="checkbox"/>	
MEDIO AMBIENTE	<input type="checkbox"/>	
OTROS	<input type="checkbox"/>	

EN CONSIDERACIÓN A SUS COMPAÑEROS PACIENTES Y A NUESTRO PERSONAL, POR FAVOR RESPONDA A LA SIGUIENTE PREGUNTA:

¿ERES CONSCIENTE DE LA PRESENCIA DE CHINCHES EN TU CASA? SÍ: NO:

SI ES ASÍ, PODRÍAMOS TENER LOS RECURSOS PARA AYUDARTE A ERRADICARLOS. POR FAVOR, NO DUDES EN PREGUNTAR. ESTAMOS AQUÍ PARA AYUDARTE.

Herramienta de chequeo de la desnutrición

Esto es una Herramienta de chequeo de la desnutrición que nos ayuda a tener más información acerca de su peso y de la comida que come. La desnutrición puede hacer que pierda músculo y que le tome más tiempo recuperarse.

Sus respuestas a las preguntas de la herramienta nos dirán cómo podemos ayudarle a reducir su riesgo de desnutrición. Marque las respuestas que corresponda.

Pregunta 1. En los últimos 6 meses, ¿ha bajado de peso sin querer?	No	0	<input type="checkbox"/>
	No estoy seguro/a	2	<input type="checkbox"/>
	Sí		
	<i>Si la respuesta es sí, ¿cuánto peso ha bajado?</i>	1	<input type="checkbox"/>
	1-5 kg	2	<input type="checkbox"/>
	6-10 kg	3	<input type="checkbox"/>
	11-15 kg	4	<input type="checkbox"/>
	Más de 15 kg He bajado de peso, pero no estoy seguro/a de cuánto	2	<input type="checkbox"/>
Pregunta 2. ¿Ha estado comiendo menos de lo normal porque no tenía hambre?	No	0	<input type="checkbox"/>
	Sí	1	<input type="checkbox"/>
Sume su puntuación de las preguntas 1 y 2.	Puntuación total =		

Puntuación 0-1

Su puntuación demuestra que tiene bajo riesgo de padecer de desnutrición.

Si empieza a bajar de peso o a comer menos de lo normal, podría correr el riesgo de padecer de desnutrición. Si eso sucede, hable con su médico o enfermero/a.

Puntuación 2

Su puntuación demuestra que podría correr el riesgo de padecer de desnutrición.

Es necesario que hable con su médico o enfermero/a acerca de su peso y de su alimentación: es posible que tenga que ver a un especialista en nutrición (dietista).

Puntuación 3-5

Su puntuación demuestra que corre el riesgo de padecer de desnutrición.

Tiene que ver a un dietista, que es el especialista en nutrición. Puede pedirle a su médico o enfermero/a que lo/a derive a un dietista.

Cuestionario sobre la salud del paciente-9 (PHQ-9)

Durante las últimas 2 semanas, ¿qué tan seguido le han afectado cualquiera de los siguientes problemas?
(Marque con una "✓" para indicar su respuesta)

	Para nada	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
1. Poco interés o placer en hacer las cosas	0	1	2	3
2. Se ha sentido decaído(a), deprimido(a), o sin esperanzas	0	1	2	3
3. Dificultad para dormir o permanecer dormido(a), o ha dormido demasiado	0	1	2	3
4. Se ha sentido cansado(a) o con poca energía	0	1	2	3
5. Con poco apetito o ha comido en exceso	0	1	2	3
6. Se ha sentido mal con usted mismo(a) – o que es un fracaso o que ha quedado mal con usted mismo(a) o con su familia	0	1	2	3
7. Ha tenido dificultad para concentrarse en cosas tales como leer el periódico o ver televisión	0	1	2	3
8. ¿Se ha estado moviendo o hablando tan lento que otras personas podrían notarlo?, o por el contrario – ha estado tan inquieto(a) o agitado(a), que se ha estado moviendo mucho más de lo normal	0	1	2	3
9. Ha pensado que estaría mejor muerto(a) o se le ha ocurrido lastimarse de alguna manera	0	1	2	3

FOR OFFICE CODING 0 + _____ + _____ + _____
=Total Score: _____

Si usted marcó cualquiera de estos problemas, ¿qué tan difícil fue hacer su trabajo, las tareas del hogar o llevarse bien con otras personas debido a tales problemas?

Para nada
difícil
⑤

Un poco
difícil
⑤

Muy
difícil
⑤

Extremadamente
difícil
⑤

Puntuación Internacional de Síntomas Prostáticos (IPSS)

Nombre del paciente:

Fecha de nacimiento:

Edad: La fecha de hoy:

Determine sus síntomas de HPB

Encierra tus respuestas en un círculo y suma tus puntuaciones en la parte inferior.

Durante el último mes	Ninguna vez	Una vez	Menos de la mitad de las veces	Aproximadamente la mitad de las veces	Más de la mitad de las veces	Casi siempre
Vaciado incompleto: ¿con qué frecuencia ha tenido la sensación de no vaciar la vejiga por completo después de terminar de orinar?	0	1	2	3	4	5
Frecuencia: ¿Con qué frecuencia ha tenido que orinar de nuevo menos de dos horas después de haber terminado de orinar?	0	1	2	3	4	5
Intermitencia: ¿Con qué frecuencia se ha encontrado con que se detuvo y volvió a comenzar varias veces cuando orinó?	0	1	2	3	4	5
Urgencia: ¿con qué frecuencia le ha resultado difícil posponer la micción?	0	1	2	3	4	5
Chorro débil: ¿con qué frecuencia ha tenido un chorro urinario débil?	0	1	2	3	4	5
Esfuerzo: ¿con qué frecuencia ha tenido que empujar o ¿Esforzarse para comenzar a orinar?	0	1	2	3	4	5
Dormir: ¿cuántas veces se levantó normalmente para orinar desde el momento en que se acostó por la noche hasta el momento en que se levantó por la mañana?	Ninguno 0	Una vez 1	Dos veces 2	Tres veces 3	Cuatro o por 4	Cinco o más veces 5
Agregue puntuaciones de síntomas:						

Puntuación Internacional Total de Síntomas de Próstata=

1-7 síntomas leves - 8-19 síntomas moderados - 20-35 síntomas graves

Calidad de vida (CV)	Encantado	Complacido	Mayormente satisfecho	Mixto	Principalmente Dissatis-	Infeliz	Terrible
Si tuvieras que pasar el resto de tu vida con tu condición urinaria tal como está ahora, ¿cómo te sentirías al respecto?	0	1	2	3	4	5	6

CUESTIONARIO DE SALUD SEXUAL PARA HOMBRES (SHIM)

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____ FECHA: _____

INSTRUCCIONES PARA EL PACIENTE

La salud sexual es una parte importante del bienestar físico y emocional de una persona. La disfunción eréctil, también conocida como impotencia, es un tipo condición médica muy común que afecta la salud sexual. Afortunadamente, existen diversas opciones de tratamientos para la disfunción eréctil. Si usted padece de esta condición, puede conversar con su médico las opciones para su tratamiento.

Cada pregunta tiene varias respuestas posibles. Encierre en un círculo en el número que **mejor describe** su situación. Por favor asegúrese de que solo seleccione una respuesta, solamente una respuesta, para **cada pregunta**.

DURANTE LOS ULTIMOS 6 MESES:

1. ¿Cómo califica su confianza de poder lograr y mantener una erección?		MUY BAJA	BAJA	REGULAR	ALTA	MUY ALTA
	0	1	2	3	4	5
2. ¿Cuándo tuvo erecciones con estimulación sexual, con que frecuencia sus erecciones fueron lo suficientemente duras para realizar la penetración (en su pareja)?	SIN NINGUNA ACTIVIDAD SEXUAL	CASI NUNCA O NUNCA	POCAS VECES (MENOS DE LA MITAD DE LAS VECES)	ALGUNAS VECES (LA MITAD DE LAS VECES)	MUCHAS VECES (MAS DE LA MITAD DE LAS VECES)	CASI SIEMPRE O SIEMPRE
	0	1	2	3	4	5
3. ¿Durante el acto sexual o coito, con qué frecuencia fue capaz de mantener la erección después de haber penetrado a su pareja?	NO INTENTE RELACIONES SEXUALES	CASI NUNCA O NUNCA	POCAS VECES (MENOS DE LA MITAD DE LAS VECES)	A VECES (LA MITAD DE LAS VECES)	MUCHAS VECES (MAS DE LA MITAD DE LAS VECES)	CASI SIEMPRE O SIEMPRE
	0	1	2	3	4	5
4. ¿Durante el acto sexual o coito, que tan difícil fue mantener la erección hasta el final del acto sexual o coito?	NO INTENTE RELACIONES SEXUALES	EXTREMADAMENTE DIFICIL	MUY DIFICIL	DIFICIL	LIGERAMENTE DIFICIL	SIN DIFICULTAD
	0	1	2	3	4	5
5. ¿Cuándo intentó realizar el acto sexual o coito, que tan seguido fue satisfactorio para usted?	NO INTENTE RELACIONES SEXUALES	CASI NUNCA O NUNCA	POCAS VECES (MENOS DE LA MITAD DE LAS VECES)	A VECES (LA MITAD DE LAS VECES)	MUCHAS VECES (MAS DE LA MITAD DE LAS VECES)	CASI SIEMPRE O SIEMPRE
	0	1	2	3	4	5

Sume los números correspondientes a las preguntas 1 – 5.

TOTAL: _____

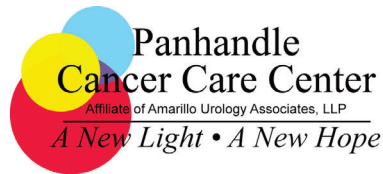
El Cuestionario de Salud Sexual para Hombres va mas allá y clasifica la disfunción eréctil en las siguientes categorías:

1-7 ED Severa

8-11 ED Moderada

12-16 ED Leve a Moderada

17-21 ED Leve



Panhandle Cancer Care Center
1655 Point West Pkwy
Amarillo, TX 79124
Teléfono: (806) 354-0950
Fax: (806) 356-1935

HOJA DE PÓLIZA FINANCIERA PARA PACIENTES

Para reducir la confusión y los malentendidos entre nuestros pacientes, hemos adoptado las siguientes políticas financieras. Si tiene alguna pregunta sobre estas pólizas, coméntelas con nuestra oficina de facturación y seguros. Estamos dedicados a brindarle la mejor atención y servicio posible y consideramos que su comprensión completa de sus responsabilidades financieras es un elemento esencial de su atención y tratamiento.

A menos que usted o su compañía de seguros de salud hayan hecho otros arreglos por adelantado, el pago completo debe realizarse en el momento del servicio. Para su comodidad, aceptamos Visa, MasterCard, Discover y American Express.

Seguro:

- Hemos hecho arreglos previos con muchas aseguradoras y planes de salud para aceptar una asignación de beneficios. Esto significa que facturaremos aquellos planes para los que tenemos un acuerdo y solo le pediremos que pague el copago autorizado en el momento del servicio. La política de esta oficina es cobrar este copago cuando llegue a su cita.
- Si tiene cobertura de seguro con un plan para el cual no tenemos un acuerdo previo, prepararemos y enviaremos el reclamo por usted sin asignar. Esto significa que su aseguradora le enviará el pago directamente a usted. En consecuencia, los cargos por su atención y tratamiento se deben pagar en el momento del servicio.
- En el caso de que su plan de salud determine que un servicio "no está cubierto", usted será responsable del cargo completo. El pago debe realizarse al recibir un estado de cuenta de nuestra oficina.
- Facturaremos a su plan de salud por todos los servicios prestados. Cualquier saldo adeudado es su responsabilidad y se debe pagar al recibir un estado de cuenta de nuestra oficina.

Facturación:

- Todos los estados de cuenta de Panhandle Cancer Care Center estarán bajo el nombre del proveedor Amarillo Urology Associates, ya que estamos asociados con su práctica.

Menores:

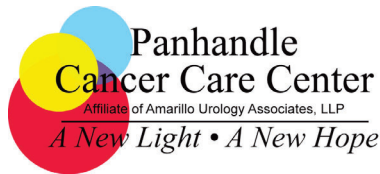
- Para todos los servicios prestados a pacientes menores de edad, el padre o tutor será responsable del pago.

He leído y entiendo la política financiera de la práctica, y acepto estar sujeto a sus términos. También entiendo y acepto que la práctica puede modificar dichos términos de vez en cuando.

Nombre impreso del paciente

Firma del paciente o responsable si es menor

Fecha



Panhandle Cancer Care Center
1655 Point West Pkwy
Amarillo, TX 79124
Phone: (806) 354-0950
Fax: (806) 356-1935

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Se me ha informado que Amarillo Urology Associates, L.L.P. tiene un-Aviso de Prácticas de Privacidad, que explica cómo se usará y divulgará mi información médica. Entiendo que, previa solicitud, tengo derecho a recibir una copia de este documento.

Firma del paciente o representante personal

_____/_____/_____
Fecha

Nombre del paciente o representante personal
(Nombre en letra de imprenta)

Relación de representante personal con el paciente
(Nombre en letra de imprenta)

Autorizo que mi información médica pueda ser divulgada de la siguiente manera:

Información que se dará a conocer a:

Información que se dará a conocer a:

Nombre/Relación con el paciente/Teléfono #
(Nombre en letra de imprenta)

Nombre/Relación con el paciente/Teléfono #
(Nombre en letra de imprenta)

Firma del paciente

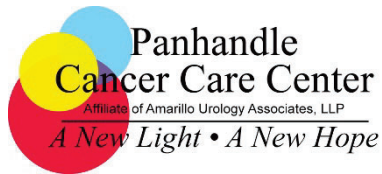
_____/_____/_____

Fecha

Firma del paciente

_____/_____/_____

Fecha



Panhandle Cancer Care Center
1655 Point West Pkwy
Amarillo, TX 79124
Phone: (806) 354-0950
Fax: (806) 356-1935

Irfan Ahmed, M.D.

AVISO DE MEDICAMENTOS RECETADOS

Debido a los rápidos cambios en las políticas y los formularios de medicamentos de las compañías de seguros, no podemos ayudar con las solicitudes de autorización previa que realizan. Su cobertura de medicamentos recetados es un contrato entre usted y su proveedor de seguros. Usted, el paciente, debe comunicarse con su compañía de seguros para obtener una autorización previa si es necesario.

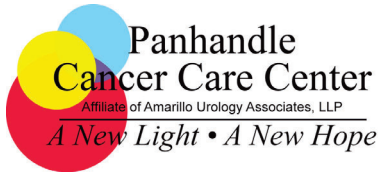
Si se nos notifica que se requiere una autorización previa, le indicaremos a su farmacia que se comunique con usted. Pueden proporcionarle el número de teléfono necesario para obtener la autorización previa. Le proporcionaremos una copia de su nota de la historia clínica indicando el medicamento solicitado y el motivo del pedido.

ESTA OFICINA NO REABASTECE RECETAS RECETADAS POR OTROS MÉDICOS*****

Firma del paciente o representante personal

_____/_____/_____
Fecha

Nombre del paciente o representante personal
(Nombre en letra de imprenta)



Panhandle Cancer Care Center
1655 Point West Pkwy
Amarillo, TX 79124
Phone: (806) 354-0950
Fax: (806) 356-1935

Nombre del paciente: _____

INFORMACIÓN DE COMUNICACIÓN CON EL PACIENTE

Debido al hecho de que **tenemos registros médicos electrónicos**, tenemos la capacidad de proporcionarle su información de salud de varias maneras.

Elija un método de entrega para cada una de las siguientes categorías:

No tiene que elegir ninguno de los métodos de entrega de las categorías a continuación y puede elegir **NINGUNO** como opción.

Please only choose **one** delivery method for each category

	Imprimir copia	Correo electrónico	Medios portátiles (USB o CD)	Portal del Paciente (acceso en línea a su información)	Mensaje de texto	Ninguno
Información de salud del paciente						
Recordatorios de citas						
Visitar Resumen						

Si elige el Portal del Paciente, se le darán instrucciones después de su cita sobre cómo acceder al sistema.

Proporcione la siguiente información para mantener nuestros registros actualizados:

E-Mail Address: _____

Cell Phone #: _____

Operador de telefonía celular	AT&T	Sprint	Verizon	Cellular One	T-Mobile

Otro operador de telefonía celular que no figura en la lista anterior: _____

Si tiene alguna pregunta, no dude en pedir ayuda.

Gracias

Panhandle Cancer Care Center Staff