





BRAZOS VALLEY
CANCER CENTER

FORMULARIO DE REGISTRO DE PACIENTE NUEVO

Nombre: _____ **Fecha de nacimiento:** _____ **Género:** ☐ M ☐ F **Años:** _____
Name Date of Birth: Gender: Age

SSN: _____ **Etnia:** _____ **Idioma preferido:** _____
SSN: Ethnicity Preferred Language:

Dirección: _____ **Ciudad:** _____ **Estado:** _____ **Código postal:** _____
Street Address City State Zip Code

Teléfono de casa: (____) ____ - ____ **Teléfono móvil:** (____) ____ - ____ **Teléfono del trabajo:** (____) ____ - ____
Home Phone Cell Phone Work Phone

Preferencia de llamada: ☐ Casa ☐ Celda ☐ Trabajo **Correo Electrónico:** _____
Call Preference Home Cell Work Email Address:

Nombre del cónyuge: _____ **Teléfono del cónyuge:** (____) ____ - ____
Spouse Name Spouse Phone

Nombre del contacto de emergencia: _____ **Teléfono de contacto de emergencia:** (____) ____ - ____
Emergency Contact Name Emergency Contact Phone

Doctor(a) referente: _____
Referring Doctor:

Todos los médicos atendidos en los últimos 2 años: _____
All doctors seen in past 2 years

Nombre de farmacia: _____ **Teléfono:** (____) ____ - ____ **Habla a:** _____
Pharmacy Name Phone Address

Motivo de la visita (describir): _____
Reason for visit (describe)

HISTORIA MÉDICA PASADA: Verifique cualquiera de SUS condiciones anteriores y proporcione el año de diagnóstico.

PAST MEDICAL HISTORY: Please check any of YOUR previous conditions and provide year of diagnosis

- | | | |
|---|---|--|
| ☐ _____ Diabetes Tipo 1
<i>Diabetes Type 1</i> | ☐ _____ Carrera
<i>Stroke</i> | ☐ _____ Asma
<i>Asthma</i> |
| ☐ _____ Diabetes Tipo 2
<i>Diabetes Type 2</i> | ☐ _____ Epilepsia/Convulsiones
<i>Epilepsy/Seizures</i> | ☐ _____ EPOC
<i>COPD</i> |
| ☐ _____ Artritis Reumatoide
<i>Rheumatoid Arthritis</i> | ☐ _____ Ansiedad
<i>Anxiety</i> | ☐ _____ Reflujo ácido
<i>Acid Reflux</i> |
| ☐ _____ Lupus/Autoinmune
<i>Lupus/Autoimmune</i> | ☐ _____ Depresión
<i>Depression</i> | ☐ _____ Úlcera péptica
<i>Peptic Ulcer</i> |
| ☐ _____ Anemia
<i>Anemia</i> | ☐ _____ Hepatitis A, B, C
<i>Hepatitis A, B, C</i> | ☐ _____ Cáncer (_____)
<i>Cancer</i> |
| ☐ _____ Alta Presión Sanguínea
<i>High Blood Pressure</i> | ☐ _____ Enfermedad del hígado
<i>Liver Disease</i> | ☐ _____ Marcapasos
<i>Pacemaker</i> |
| ☐ _____ Dis Arteria Coronaria
<i>Coronary Artery Dis.</i> | ☐ _____ Enfermedad del riñón
<i>Kidney Disease</i> | ☐ _____ Articulaciones artificiales
<i>Artificial Joints</i> |
| ☐ _____ Colesterol Alto
<i>High Cholesterol</i> | ☐ _____ Enfermedad de tiroides
<i>Thyroid Disease</i> | ☐ _____ Metal en cuerpo
<i>Metal in Body</i> |
| ☐ _____ Coágulos de Sangre
<i>Blood Clots</i> | ☐ _____ VIH / SIDA
<i>HIV / AIDS</i> | ☐ _____ Desfibrilador
<i>Defibrillator</i> |
| ☐ _____ Ataque al Corazón
<i>Heart Attack</i> | ☐ _____ VPH
<i>HPV</i> | ☐ _____ Transfusión de Sangre
<i>Blood Transfusion</i> |
| ☐ _____ Fibrilación Auricular
<i>Atrial Fibrillation</i> | ☐ _____ Hemorroides
<i>Hemorrhoids</i> | ☐ _____ Otro (_____)
<i>Other</i> |

HISTORIA QUIRURGICA PASADA (PAST SURGICAL HISTORY):

AÑO (YEAR)	TIPO (TYPE)	AÑO (YEAR)	TIPO (TYPE)



HISTORIA FAMILIAR DEL CÁNCER: Especifique el tipo de cáncer. (FAMILY HISTORY OF CANCER: Please specify the type of cancer.)

Madre (Mother): _____ Padre (Father): _____
Hermano(s) (Brother(s)): _____ Hermana(s) (Sister(s)): _____
Niña (child): _____ Otra enfermedad familiar (other): _____

HISTORIA SOCIAL (SOCIAL HISTORY):

Estado civil (Marital Status): ☐ Casada ☐ Soltera ☐ Divorcio ☐ Viuda
Married Single Divorced Widowed

Número de niñas (Number of children): _____ Con quien vives (who you live with): _____

El consumo de tabaco (Tobacco Use): ☐ Actual ☐ Ex ☐ Nunca Tipo (Type): _____
Current Former Never

Duración de uso (Duration of use): _____ Paquetes por día (Packs per day): _____

Si renuncias, ¿cuánto tiempo hace? (If you quit, how long ago?) _____ Método de cesación (Cessation method): _____

Uso de alcohol (Alcohol use): ☐ No bebe ☐ Uso anterior ☐ Bebidas raramente ☐ Bebidas socialmente ☐ Tomador empedernido ☐ Nunca
Does not drink Former Use Drinks Rarely Drinks Social Heavy Drinker Never

Duración de uso (Duration of use): _____ Frecuencia de bebida (Drinking Frequency): _____

Drogas recreativas (Recreational Drugs): ☐ Actual ☐ Ex ☐ Nunca Tipo (Type): _____
Current Former Never

Ocupación (pasado o presente) (Occupation (past or present)): _____ Actualmente trabajando (presently working): ☐ Sí ☐ No

Directiva avanzada: ☐ Sí ☐ No Testamento vital: ☐ Sí ☐ No POA: ☐ Sí _____ ☐ No

MANTENIMIENTO DE LA SALUD (HEALTH MAINTENANCE):

Última mamografía (Last Mammogram): _____ Última prueba de Papanicolaou (Last Pap Smear): _____

Última colonoscopia (Last Colonoscopy): _____ Última densidad ósea (Last Bone Density): _____

¿Está usted actualmente en diálisis? (Are you currently on dialysis?) ☐ Sí ☐ No Hora/Día de la cita (Appointment Time/Day): _____

HISTORIA DE GINECOLOGÍA (GYNECOLOGY HISTORY):

☐ Abnormal pap lanza ☐ Bulto en el pecho ☐ Sofocos ☐ Secreción del pezón ☐ Inversión del pezón
Abnormal pap smear Breast lump Hot flashes Nipple Discharge Nipple inversion

Edad del primer ciclo menstrual (Age of first menstrual cycle): _____ Fecha del último ciclo menstrual (Date of last menstrual cycle): _____

Embarazada (Pregnant): ☐ Sí ☐ No Edad primer hijo nacido (Age first child born): _____ Niños amamantados (Breastfed children): ☐ Sí ☐ No

Uso de terapia de reemplazo hormonal: ☐ Sí ☐ No Uso de píldoras anticonceptivas: ☐ Sí ☐ No
Use of hormone replacement therapy Use of birth control pills

REVISIÓN DE SISTEMAS: verifique CUALQUIER síntoma que esté experimentando.

(REVIEW OF SYSTEMS: Please check ANY symptoms you are experiencing.)

Constitucional (Constitutional): ☐ Fiebre ☐ Fatiga ☐ Pérdida de apetito ☐ Sudores nocturnos ☐ Pérdida de peso los últimos 6 meses: _____
Fever Fatigue Loss of appetite Night Sweats Weight loss past 6 months

Ojos (Eyes): ☐ Visión borrosa ☐ Dificultad para ver ☐ Visión doble
Blurred vision Difficulty seeing Double Vision

Oreja / Nariz / Garganta: ☐ Dolor de garganta ☐ Dificultad para tragar ☐ Ronquera ☐ Sangra la Nariz ☐ Zumbidos en los oídos
Ear / Nose / Throat Sore throat Difficulty swallowing Hoarseness Nose Bleeds Ringing in ears

☐ Pérdida de la audición ☐ Problema sinusal
Loss of hearing Sinus trouble

Cardíaca (Cardiac): ☐ Dolor de pecho ☐ Palpitaciones ☐ Aturdimiento ☐ Hinchazón en los tobillos
Chest pain Palpitations Lightheadedness Swelling in ankles

Respiratorio (Respiratory): ☐ Falta de aliento ☐ Tos crónica ☐ Sangre en el esputo
Shortness of breath Chronic cough Blood in sputum

Gastrointestinal (Gastrointestinal): ☐ Náusea ☐ Vómitos ☐ Indigestión/Acidez estomacal ☐ Diarrea ☐ Dolor abdominal ☐ Hinchazón
Nausea Vomiting Indigestion/Heartburn Diarrhea Abdominal pain Bloating
☐ Incoherencia del tazón ☐ Sangre en las heces ☐ Estreñimiento
Bowel incontinence Blood in stool Constipation

Urológico (Urologic): ☐ Frecuente ☐ Urgente ☐ Sangre en la orina ☐ Falta de control de la vejiga ☐ Dolor o ardor al orinar
Frequent Urgent Blood in Urine Lack of bladder control Pain or burning with urination

Musculoesquelético (Musculoskeletal): ☐ Dolor en las articulaciones ☐ Dolor de espalda
Joint pain Back pain

Piel (Skin): ☐ Erupciones crónicas ☐ Comezón ☐ Otro: _____
Chronic rashes Itching Other

Neurológica (Neurological): ☐ Debilidad en brazos o piernas ☐ Dolores de cabeza ☐ Incautación ☐ Desmayo ☐ Mareo ☐ Golpe previo
Weakness in arms or legs Headaches Seizure Fainting Dizziness Prior stroke
☐ Debilidad muscular/hormigueo/entumecimiento ☐ Dificultad para pensar ☐ Pérdida del equilibrio



BRAZOS VALLEY CANCER CENTER

Muscle weakness/Tingling/Numbness

Difficulty thinking clearly

Loss of balance

Hematológico/Linfático (Hematologic/Lymphatic): ☐ Hematomas ☐ Sangrado ☐ Bulto de la axila ☐ Nudo en el cuello ☐ Bulto de la ingle
Bruising Bleeding Armpit lump Neck lump Groin lump

ESCALA DE DOLOR: Califique su dolor de 0 a 10. 0 = Sin dolor (No pain) 10 = Dolor severo (Severe pain)

PAIN SCALE: Please rate your pain from 0 to 10

Calificación de dolor 1-10 (Pain rating): _____ Localización del dolor (Pain location): _____

ALERGIAS (ALLERGIES):

ALLERGIA (ALLERGY)	TIPO DE REACCIÓN (TYPE OF REACTION)	MEDICACIÓN (MEDICATION)

***¿Tiene alergia al YODO? (Do you have an IODINE allergy?) ☐ Sí ☐ No

MEDICAMENTOS ACTUALES: Lista de motivos Receta ACTUAL, de venta libre y medicina herbal.

CURRENT MEDICATIONS: Please list CURRENT prescription, over the counter, and herbal medicine

NOMBRE (NAME)	MG	FRECUENCIA (FREQUENCY)	NOMBRE (NAME)	MG	FRECUENCIA (FREQUENCY)

VACUNAS (IMMUNIZATIONS):

Última vacuna contra la gripe (Last flu shot): _____ Última vacuna contra la neumonía (Last pneumonia shot): _____

¿Alguna vez ha sido vacunado contra el herpes zóster? (Have you ever been vaccinated for shingles?) ☐ Sí ☐ No Fecha (Date): _____



BRAZOS VALLEY
CANCER CENTER

INFORMACIÓN EL TITULAR DE LA POLÍTICA DE SEGUROS (INSURANCE POLICYHOLDER INFORMATION)

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____
Patient Name Date of Birth

INFORMACIÓN DE SEGURO PRIMARIO

PRIMARY INSURANCE INFORMATION

Nombre del seguro: _____
Insurance Name

Domicilio del seguro: _____
Insurance Address

Nombre del asegurado: _____
Policyholder name

Asegurado SSN: _____ - _____ - _____
Policyholder SSN

Número de identificación: _____
I.D. Number

Número de grupo: _____
Group Number

Fecha de nacimiento del asegurado: _____
Policyholder date of birth

Género del asegurado: ☐ M ☐ F
Policyholder Gender

INFORMACIÓN DE SEGURO SECUNDARIO (si corresponde)

SECONDARY INSURANCE INFORMATION (if applicable)

Nombre del seguro: _____
Insurance Name

Domicilio del seguro: _____
Insurance Address

Nombre del asegurado: _____
Policyholder name

Asegurado SSN: _____ - _____ - _____
Policyholder SSN

Número de identificación: _____
I.D. Number

Número de grupo: _____
Group Number

Fecha de nacimiento del asegurado: _____
Policyholder date of birth

Género del asegurado: ☐ M ☐ F
Policyholder Gender

ASIGNACIÓN DE SEGUROS (INSURANCE ASSIGNMENT)

Solicito que el pago de mi programa de seguro médico se haga a Kumud S. Tripathy MD and Associates o Cancer Clinic en cualquier factura por servicios. Yo / nosotros entendemos que mi / nuestra compañía de seguros puede no cubrir algunos o todos los servicios. Si esto sucediera, aceptó pagar el monto no pagado o cubierto por la compañía de seguros.

(I request that payment under my medical insurance program be made to Kumud S. Tripathy MD and Associates or Cancer Clinic on any bills for services. I / We understand that my / our insurance company may not cover some or all services. Should this happen, I agree to pay the amount not paid or covered by the insurance company.)

Paciente / Representante Legal (Impreso)
Patient/Legal Representative (Print)

Paciente / Representante Legal (Firma)
Patient/Legal Representative (Signature)

Fecha
Date

RECIBO AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD RECONOCIMIENTO ESCRITO

(Receipt Notice of Privacy Practices Written Acknowledgement)

Yo, _____ (nombre del paciente en letra de imprenta), he recibido una copia del Aviso de prácticas de privacidad de CANCER CLINIC que explica cómo se puede utilizar y divulgar mi información médica. He revisado dicho aviso.

Entiendo que Cancer Clinic tiene derecho a cambiar el Aviso de vez en cuando y puedo obtener una copia actualizada del Aviso

comunicándome con la persona que figura en el Aviso. (I, _____ (print patient name), have received a copy of CANCER CLINIC'S Notice of Privacy Practices which explains how my medical information may be used and disclosed. I have reviewed said notice. I understand that Cancer Clinic has the right to change the Notice from time to time and I can obtain a current copy of the Notice by contacting the person listed in the Notice.)

Firma del paciente
Patient Signature

Fecha
Date



BRAZOS VALLEY
CANCER CENTER

AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA (PATIENT AUTHORIZATION FOR RELEASE OF MEDICAL INFORMATION)

Nombre del paciente: _____

Patient Name

Habla a: _____

Address

Fecha de nacimiento: _____

Date of Birth

Teléfono: (____) ____ - ____

Phone

Por la presente autorizo (I hereby authorize):

Nombre de la proveedora/Hospital/Médica

Name of Provider/Hospital/Physician

Dirección del proveedor/Hospital/Médica

Provider/Hospital/Physician Address

(____) ____ - ____

Número de Teléfono

Phone Number

Para divulgar la siguiente información de mi registro de salud que cubre el período de _____ a _____. Si no especifico un período, estoy autorizando la divulgación de registros para toda la duración de la atención con el proveedor. (Marque todas las solicitudes a continuación)

[To release the following information from my health record covering the period from _____ to _____. If I do not specify a period, I am authorizing the release of records for the entire duration of care with the provider. (Check all that apply below.)]

- ☐ Registro médico completo (seguro, demografía, documentos de referencia y registros médicos). **Si esta casilla está marcada, no marque ninguna casilla adicional.** *(Complete Medical Record (insurance, demographics, referral documents, and medical records). If this box is checked, do not check any additional boxes.)*
- ☐ Notas de progreso / visita a la oficina *(Progress/Office Visit Notes)*
- ☐ Registros de quimioterapia / radiación *(Chemotherapy/Radiation Records)*
- ☐ Informes de laboratorio *(Lab Reports)*
- ☐ Informes de radiología *(Radiology Reports)*
- ☐ Facturación / Registros de pago *(Billing/Payment Records)*
- ☐ Anatomía / Patológica *(Anatomy/Pathology)*

La información se divulgará a *(Information is to be released to):*

Brazos Valley Cancer Center
2435 Harvey Mitchell Parkway S
College Station, TX 77845

Teléfono *(Phone)*: (979) 776-2000

Fax: (979) 776 - 0427

La información se divulga para los siguientes propósitos *(The information is being released for the following purposes):*

- ☐ Cuidado / tratamiento continuo *(Continued Care/Treatment)*
- ☐ Invalidez *(Disability)*
- ☐ Abogado / Litigio *(Attorney/Litigation)*
- ☐ Otro *(Other)*: _____

Entiendo que la información que se divulgará puede incluir información relacionada con salud mental, enfermedades de transmisión sexual, síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y abuso de alcohol y drogas. Autorizo la divulgación o divulgación de este tipo de información.

Además, entiendo lo siguiente:

- a. Tengo derecho a revocar esta autorización por escrito en cualquier momento, excepto en la medida en que se haya divulgado información basándose en esta autorización. Por ejemplo, si lo revoco después de enviar los registros solicitados, la parte liberadora no recuperará esos registros.
- b. La información divulgada en respuesta a esta autorización puede volver a divulgarse a otras partes.
- c. Mi tratamiento o pago por mi tratamiento no puede estar condicionado a la firma de esta autorización.

Esta autorización estará vigente y tendrá efecto hasta _____ año(s) a partir de la fecha de ejecución, momento en el cual esta autorización expira.

Paciente / Representante Legal (Impreso)

Patient/Legal Representative (Print)

Paciente / Representante Legal (Firma)

Patient/Legal Representative (Signature)

Fecha

Date

☐ **REVOCAR / CANCELAR ESTA AUTORIZACIÓN** *(Revoke/Cancel this Authorization)*

Paciente/Representante Legal Firma *(Signature)*

Fecha *(Date)*



BRAZOS VALLEY
CANCER CENTER

AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE PARA COMUNICAR Y DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

(PATIENT AUTHORIZATION TO COMMUNICATE AND DISCLOSE PROTECTED HEALTH INFORMATION)

Nombre del paciente: _____

Patient Name

Fecha: _____

Date

En general, la regla de privacidad de HIPAA otorga a las personas el derecho de solicitar una restricción en el uso y divulgación de su información de salud protegida. Al individuo también se le otorga el derecho de solicitar una comunicación confidencial o que una comunicación de información de salud protegida se realice por medios alternativos o se comunique a las partes designadas autorizadas, incluidos los miembros de la familia. *[In general, the HIPAA privacy rule gives individuals the right to request a restriction on use and disclosure of their protected health information. The individual is also provided the right to request confidential communication or that a communication of protected health information be made by alternative means or communicated to authorized designated parties including family members.]*

Deseo ser contactado de la siguiente manera (marque todo lo que corresponda): *I wish to be contacted in the following manner (check all that apply):*

- | | |
|---|---|
| ☐ Teléfono de casa (Home Phone) | ☐ Teléfono móvil (Cell Phone) |
| ☐ Deje un mensaje con información detallada
<i>Leave message with detailed information</i> | ☐ Deje un mensaje con información detallada
<i>Leave message with detailed information</i> |
| ☐ Deje un mensaje con solo detalles de devolución de llamada
<i>Leave message with only call back details</i> | ☐ Deje un mensaje con solo detalles de devolución de llamada
<i>Leave message with only call back details</i> |

Por la presente autorizo a una o todas las partes designadas a continuación para solicitar, discutir y recibir cualquier información médica protegida con respecto a mi atención médica y tratamiento. Esta información de salud protegida incluye la información de mi tratamiento, facturación, pagos o cualquier información en mis registros médicos. Entiendo que la identidad de los designados debe verificarse antes de divulgar la información médica protegida. *[I hereby authorize one or all of the designated parties below to request, discuss, and receive any protected health information regarding my healthcare and treatment. This protected health information includes my treatment information, billing, payments, or any information in my medical records. I understand that the identity of designees must be verified before release of protected health information.]*

Designadas autorizadas (Authorized Designees):

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

Las personas designadas mencionadas anteriormente están autorizadas a obtener información de la siguiente manera (marque todas las que correspondan):

- ☐ Verbalmente ☐ Formato escrito o impreso

Esta autorización permanecerá vigente desde la fecha firmada a continuación hasta que sea revocada. Tiene derecho a revocar esta autorización por escrito.

- Entiendo que la información que se divulgará puede incluir información relacionada con salud mental, enfermedades de transmisión sexual, síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y abuso de alcohol y drogas. Autorizo la divulgación o divulgación de este tipo de información.
- Tengo derecho a revocar esta autorización por escrito en cualquier momento, excepto en la medida en que se haya divulgado información basándose en esta autorización. Por ejemplo, si lo revoco después de enviar los registros solicitados, la parte liberadora no recuperará esos registros.
- Entiendo que tengo derecho a inspeccionar o copiar la PHI que se divulgará.
- Entiendo que la información divulgada a cualquiera de las personas designadas anteriormente ya no está protegida por las leyes federales o estatales y puede estar sujeta a nueva divulgación por parte de la persona designada anteriormente.
- Mi tratamiento o pago por mi tratamiento no puede estar condicionado a la firma de esta autorización.

Paciente / Representante Legal (Impreso)

Patient/Legal Representative (Print)

Paciente / Representante Legal (Firma)

Patient/Legal Representative (Signature)

Fecha

Date

☐ **REVOCAR / CANCELAR ESTA AUTORIZACIÓN** (Revoke/Cancel this Authorization)

Paciente/Representante Legal Firma (Signature)

(Date)

Hoja de información de directivas avanzada

Advanced Directives Information Sheet

Una directiva anticipada es un documento legal que le informa a su familia, amigos y profesionales de la salud la atención que le gustaría recibir si no puede tomar decisiones médicas. A través de instrucciones anticipadas, puede tomar decisiones legalmente válidas sobre su futuro tratamiento médico.

An advance directive is a legal document that tells your family, friends and healthcare professionals the care you would like to have if you become unable to make medical decisions. Through advance directives, you can make legally valid decisions about your future medical treatment.

No necesita un abogado para completar sus instrucciones anticipadas. Sin embargo, debe tener en cuenta que cada estado tiene sus propias leyes para crear directivas anticipadas.

You do not need a lawyer to complete your advance directives. However, you should be aware that each state has its own laws for creating advance directives.

Hay tres directivas anticipadas reconocidas en Texas:

There are three advance directives recognized in Texas:

- El **Poder de representación médica de Texas** designa a alguien para que hable por usted en cualquier momento que no pueda tomar sus propias decisiones médicas, no solo al final de su vida. Su médico tratante debe certificar por escrito que no puede tomar decisiones de atención médica y presentar la certificación en su registro médico. Si desea obtener más información y una copia del formulario de poder médico de Texas, consulte al personal de recepción. *The Texas Medical Power of Attorney appoints someone to speak for you any time you are unable to make your own medical decisions, not only at the end of life. Your attending physician must certify in writing that you are unable to make health care decisions and file the certification in your medical record. If you would like more information and a copy of the Texas Medical Power of Attorney form please ask the front desk staff.*
- Un **testamento en vida**, oficialmente conocido en Texas como la Directiva para médicos y familiares o sustitutos, describe el tipo de tratamientos médicos o tratamientos para mantener la vida que desearía si estuviera gravemente o con una enfermedad terminal. Un testamento vital debe ser firmado, fechado y atestiguado por dos personas, preferiblemente personas que lo conozcan bien pero que no estén relacionadas con usted y que no sean sus herederos potenciales o sus proveedores de atención médica. Si desea obtener más información y una copia del formulario de Directiva para médicos y familiares, consulte al personal de recepción. *A living will, officially known in Texas as the Directive to Physicians and Family or Surrogates, describes the kind of medical treatments or life-sustaining treatments you would want if you were seriously or terminally ill. A living will should be signed, dated and witnessed by two people, preferably individuals who know you well but are not related to you and are not your potential heirs or your health care providers. If you would like more information and a copy of the Directive to Physicians and Family Members form please ask the front desk staff.*
- La orden **de no resucitar fuera del hospital (DNR)** le otorga el derecho de retener o retirar la reanimación cardiopulmonar (RCP) u otros tratamientos como la desfibrilación y la ventilación artificial. Si desea obtener más información y una copia del formulario de No reanimar al paciente fuera del hospital del Departamento de Servicios de Salud de Texas, consulte al personal de recepción. *The Out-of-Hospital Do Not Resuscitate (DNR) order provides you with the right to withhold or withdraw cardiopulmonary resuscitation (CPR) or other treatments such as defibrillation and artificial ventilation. If you would like more information and a copy of the Texas Department of Health Services Standard Out of Hospital Do Not Resuscitate form please ask the front desk staff.*

Al crear una directiva anticipada, está dando a conocer sus preferencias sobre la atención médica antes de enfrentar una lesión o enfermedad grave. Esto le ahorrará a sus seres queridos el estrés de tomar decisiones sobre su atención mientras está enfermo. Cualquier persona mayor de 18 años puede preparar una directiva anticipada. *By creating an advance directive, you are making your preferences about medical care known before you're faced with a serious injury or illness. This will spare your loved ones the stress of making decisions about your care while you are sick. Any person 18 years of age or older can prepare an advance directive.*

Para que su directiva sea legalmente vinculante, debe firmar u ordenar a otra que lo firme, en presencia de dos testigos que también deben firmar el documento. *In order to make your directive legally binding, you must sign it, or direct another to sign it, in the presence of two witnesses who must also sign the document.*

Es nuestra responsabilidad informar a todos los pacientes adultos competentes acerca de las directivas anticipadas de atención médica y preguntarles si tienen una. El personal tiene instrucciones de conocer los diferentes tipos de instrucciones anticipadas. Todos los miembros del personal saben a dónde dirigir a los pacientes que tienen preguntas o desean más información sobre las instrucciones anticipadas. Si un paciente proporciona una directiva anticipada a la Clínica del Cáncer, los médicos y el personal deben conocer las decisiones del paciente relacionadas con el tratamiento. *It is our responsibility to inform all competent adult patients about Advance Healthcare Directives and ask whether they have one in place. The staff is instructed to know the different types of advance directives. All staff members know where to direct patients who have questions or want more information about advance directives. If a patient provides an advance directive to the Cancer Clinic, the physicians and staff should know the patients decisions related to treatment.*



Formulario de confirmación de directivas anticipadas

Advance Directives Confirmation Form

Una directiva anticipada es un documento legal que le informa a su familia, amigos y profesionales de la salud la atención que le gustaría recibir si no puede tomar decisiones médicas. A través de instrucciones anticipadas, puede tomar decisiones legalmente válidas sobre su futuro tratamiento médico.

Under Texas law you have the right to make decisions concerning your healthcare. The rights include the right to accept or refuse medical treatment and the right to create advance directives to make preferences about your medical care. In the state of Texas any person age 18 years or older who is legally competent has the right to make these decisions in advance.

Las directivas anticipadas reconocidas en Texas son el poder notarial médico duradero de Texas, un testamento en vida y un programa de reanimación fuera del hospital. Ningún paciente puede ser discriminado por ejercer su derecho a elegir y crear directivas anticipadas.

Advance directives recognized in Texas are the Texas Durable Medical Power of Attorney, a Living Will, and an Out of Hospital Do Not Resuscitate. No patient can be discriminated against for exercising their right to elect and create advance directives.

Confirmación de directivas anticipadas de atención médica:

Advance Healthcare Directives Confirmation:

Sí, tengo una (s) directiva (s) anticipada (s) de atención médica. (Indique qué directivas anticipadas tiene a continuación).

YES, I have an Advance Healthcare Directive(s). (Please indicate which advance directive(s) you have below.)

- ☐ Testamento en vida, oficialmente conocido como la Directiva para médicos y familiares o sustitutos
Living Will, officially known as the Directive to Physicians and Family or Surrogates
- ☐ Poder notarial médico duradero de Texas
Texas Durable Medical Power of Attorney
Nombre del POA: _____
- ☐ Fuera del hospital no resucitar (DNR)
Out of Hospital Do Not Resuscitate (DNR)

If you have selected YES, please provide a copy of your advance directive to the front office staff.

- ☐ **NO, no tengo Directivas anticipadas de atención médica.**
NO, I do not have Advance Healthcare Directives.

Yo, _____ (IMPRIMIR NOMBRE DEL PACIENTE) he recibido la información sobre instrucciones anticipadas de atención médica.

I, _____ (PRINT PATIENT NAME) have received the information regarding advance healthcare directives.

Firma del paciente
Patient Signature

Fecha de nacimiento del paciente
Patient Date of Birth

Fecha de hoy
Today's Date



BRAZOS VALLEY
CANCER CENTER

PORTAL DEL PACIENTE (PATIENT PORTAL)

Nombre del paciente: _____ **Fecha de nacimiento:** _____
Patient Name *Date of Birth*

El equipo de Cancer Clinic desea invitarlo a registrarse en CareSpace, nuestro portal para pacientes. CareSpace le brinda acceso seguro en línea a su información de salud y equipo de atención.

[The team at Cancer Clinic would like to invite you to register for CareSpace, our patient portal. CareSpace gives you secure online access to your health information and care team.]

Para proporcionarle acceso a CareSpace, debemos tener una correo electrónico válido.

[In order to provide you access to CareSpace, we must have a valid email address.]

Por favor, seleccione una opción a continuación:

Please select an option below:

_____ **Me gustaría** recibir una invitación a CareSpace *(I would like to receive an invitation to CareSpace).*

Correo Electrónico *(Email Address):* _____

_____ **NO me gustaría** recibir una invitación a CareSpace.

I would not like to receive an invitation to CareSpace.

☐ No tengo un correo electrónico. *(I do not have an email address.)*

☐ No deseo proporcionar mi correo electrónico. *(I do not wish to provide my email address.)*

Paciente / Representante Legal (Impreso)
Patient/Legal Representative (Print)

Paciente / Representante Legal (Firma)
Patient/Legal Representative (Signature)

Fecha
Date



INSTRUCCIONES PARA EL PORTAL DE CARESPACE (INSTRUCTIONS FOR CARESPACE PORTAL)

- ☐ Revisa tu bandeja de entrada y la carpeta de spam.
Check your inbox and spam folder.
- ☐ Recibirá DOS correos electrónicos de:
You will receive TWO emails from:
 - ☐ VER TU TABLA
SEE YOUR CHART
 - ☐ CARESPACE
CARESPACE
- ☐ Abre el correo electrónico VER TU TABLA primero.
Open to SEE YOUR CHART email first.
- ☐ Haga clic en el enlace proporcionado para registrarse.
Click on the link provided to register
- ☐ Después de completar VER SU TABLA, regrese a su cuenta de correo electrónico y abra el correo electrónico CARESPACE.
After completing the SEE YOUR CHART, go back to your email account and open the CARESPACE email.
- ☐ Registrarse para CARESPACE
Register for CARESPACE
 - ☐ Debe usar un símbolo en su contraseña.
You must use a symbol in your password
 - ☐ Debe usar Google como navegador para que Carespace funcione.
You must use Google as the browser for Carespace to work
- ☐ Regístrese dentro de los 4 días posteriores al envío del correo electrónico.
Please register within 4 days of when the email was sent

Si tiene alguna inquietud o pregunta, comuníquese con nuestra oficina al número de teléfono que figura a continuación.

If you have any trouble or questions please contact our office at the phone number listed below.

**Cancer Clinic
2215 E. Villa Maria
Suite 110
Bryan, TX 77802
Teléfono: (979) 776 - 2000
Fax: (979) 776 - 0427**



INSTRUCCIONES PARA EL FORMULARIO DE CRIBADO DE CÁNCER (INSTRUCTIONS FOR CANCER SCREENING FORM)

En la Clínica del Cáncer, nuestra misión es proporcionar la atención más efectiva a cada uno de nuestros pacientes.

At the Cancer Clinic, our mission is to provide the most effective care to each of our patients.

Para servirle mejor, necesitamos un historial detallado de cáncer personal y familiar. Complete el siguiente formulario en su totalidad. Si tiene alguna pregunta, ¡no dude en preguntar!

To best serve you, we need a detailed personal and family cancer history. Please fill out the following form in its entirety. If you have questions, please do not hesitate to ask!

Si ha completado este formulario en los últimos 12 meses y no ha habido cambios, no necesita completarlo nuevamente. Simplemente FIRME en la línea designada e indique "igual que el año pasado" en el formulario.

If you have completed this form in the last 12 months and there have been no changes, you do not need to fill it out again. Please just SIGN on the designated line and indicate "same as last year" on the form.

¡GRACIAS!

THANK YOU

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____
Patient Name Date of Birth

Fecha: _____ Médica: _____
Today's Date Doctor:

1) ¿Le han diagnosticado previamente algún tipo de cáncer o actualmente tiene cáncer?

Have you previously been diagnosed with any type of cancer or do you currently have cancer?

☐ No
No
☐ Si Sitio(s) de cáncer _____ Edad al diagnóstico _____
Yes Cancer Site(s) Age at diagnosis

2) ¿Alguna de estas personas ha tenido cáncer? (considere el lado de mamá y / o el lado de papá por igual)

Have any of these people had cancer? (consider Mom's side and / or Dad's side equally)

Usted. Madre, Padre, Hijo, Hija, Abuelo, Abuela, Hermano / Medio Hermano, Hermana / Media Hermana, Nieto, Nieta, Sobrina / Sobrino, Tía / Tío, Tía Abuela / Tío Abuelo, Primos Hermanos

You, Mother, Father, Son, Daughter, Grandfather, Grandmother, Brother / Half Brother, Sister / Half Sister, Grandson, Granddaughter, Niece / Nephew, Aunt / Uncle, Great Aunt / Great Uncle, First Cousins

☐ No (no es necesario responder las siguientes preguntas)

No (no need to answer the below questions)

☐ Si (Por favor, conteste a las siguientes preguntas)

Yes (please answer the following question)

3) Marque todo lo que corresponda a USTED O a un miembro de la FAMILIA ...

Check all that apply to YOU OR a FAMILY member ...

☐ Cáncer de ovario / falopio / peritoneal diagnosticado a cualquier edad (¿Quién? _____)
Ovarian / Fallopian / Peritoneal cancer diagnosed at any age (Who?)

☐ Cáncer de mama diagnosticado a los 49 años o menos (¿Quién? _____)
Breast cancer diagnosed at or under the age of 49 (Who?)

☐ 2 casos de cáncer de seno en el MISMO lado de la familia: uno diagnosticado a los 50 años o menos
(¿Quién? _____)
2 cases of breast cancer on the SAME side of family - one diagnosed at or under 50 (Who?)

☐ Dos cánceres de seno en la misma persona a CUALQUIER edad (¿Quién? _____)
Two breast cancers in the same person at ANY age (Who?)

☐ Cáncer de útero y / o endometrial diagnosticado a los 49 años o menos (¿Quién? _____)
Uterine and or endometrial cancer diagnosed at or under the age of 49 (Who?)

☐ Cáncer de colon y / o recto diagnosticado a los 49 años o menos (¿Quién? _____)
Colon and/or rectal cancer diagnosed at or under the age of 49 (Who?)

☐ 20 o más pólipos de colon en la misma persona en el transcurso de la vida (¿Quién? _____)
20 or more colon polyps in the same person over the course of lifetime (Who?)

☐ Cáncer de mama masculino diagnosticado a cualquier edad (¿Quién? _____)
Male breast cancer diagnosed at any age (Who?)

☐ Ascendencia judía ashkenazi (centro / este de Europa) con cáncer de mama diagnosticado a cualquier edad (¿Quién? _____)
Ashkenazi Jewish ancestry (Central / Eastern European) with breast cancer diagnosed at any age (Who?)

☐ Cáncer de mama triple negativo diagnosticado a los 60 años o menos (¿Quién? _____)
Triple Negative breast cancer diagnosed at or under the age of 60 (Who?)

☐ 3 o más cánceres de seno a CUALQUIER edad del MISMO lado de la familia (¿Quién? _____)
3 or more breast cancers at ANY age on the SAME side of the family (Who?)

☐ Cáncer de próstata metastásico a cualquier edad (¿Quién? _____)
Metastatic prostate cancer any age (Who?)

☐ Cáncer de páncreas a cualquier edad (¿Quién? _____)
Pancreatic cancer at any age (Who?)

☐ Cualquier combinación de tres cáncer de mama y / o cáncer de próstata en cualquier EDAD en el MISMO lado de la familia
Any combination of three breast cancer and/or prostate cancer at any AGE on the SAME side of the family

Enumere cualquier otro tipo de cáncer no mencionado anteriormente: _____

List any other cancers not listed above:

SÓLO PARA USO DE OFICINA:

FOR OFFICE USE ONLY:

Patient is appropriate for further risk assessment and / or genetic testing ☐ Yes ☐ No

If yes, choose one:

- ☐ Navigate to Tele Education
☐ Schedule genetics appointment with Ellain
☐ Patient Previously Tested - No Action needed
☐ Schedule myRisk Lab Draw & Genetics Discussion at Next Appointment
☐ Patient **DECLINED** Tele Education & Testing Today

Provider Signature: _____