



Estimado paciente:

¡Bienvenido a Florida Cancer Specialists & Research Institute (FCS)! Durante el tiempo que pase con nosotros, conocerá a un equipo completo de miembros especializados, enfermeros y otros profesionales. Cada uno se compromete a abordar sus inquietudes y brindar la más alta calidad de atención para apoyarlo en su camino.

En el transcurso de su atención, es posible que se le asigne un prestador de práctica avanzada (APP, por sus siglas en inglés) para citas de control de síntomas, hematología y oncología de rutina.

Los APP son una parte integral de nuestro equipo de atención en FCS. Estos enfermeros certificados en práctica avanzada (APRN, por sus siglas en inglés) o asociados médicos (PA, por sus siglas en inglés) han obtenido títulos avanzados y tienen capacitación especializada en oncología. Están completamente calificados para manejar una amplia variedad de necesidades de atención y revisar los resultados de análisis de sangre y exploraciones de patologías y radiología. También pueden recetar medicamentos y ordenar terapias intravenosas.

Tanto a nivel individual como colectivo, los miembros de su equipo de atención, incluidos los APP, se centran en usted y se comprometen a garantizar que logre el mejor resultado posible.

Además de brindar servicios clínicos de alta calidad, nuestros APP hacen aportes valiosos como líderes en iniciativas de atención médica y son colaboradores vitales cuando se trata de mejorar y lograr resultados clínicos. Trabajan en colaboración con su médico, quien, en definitiva, supervisa todos los aspectos de su plan de atención. Juntos, trabajarán para garantizar que su atención se adapte a sus necesidades individuales.

No dude en hacer cualquier pregunta y comuníquenos cómo podemos brindarle el mejor servicio.

Gracias por confiarnos su atención.

Su equipo de Florida Cancer Specialists & Research

Patient Name: _____
DOB: _____
MRN: _____

FOR OFFICE USE ONLY

Nombre: _____

Fecha de hoy: _____ Fecha de nacimiento: _____

N.º de seg. social: _____ Idioma de preferencia: _____

Dirección primaria: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono de casa: (____) _____ Celular: (____) _____

¿Podemos dejarle mensajes de voz?: Sí No

Dirección de correo electrónico: _____ ¿Podemos escribirle por correo electrónico? Sí No

Motivo de su cita: _____

Derivado por: _____ N/C

Grupo étnico: Hispano/Latino No hispano/Latino

Raza: Indígena estadounidense o nativo de Alaska Asiático Negro o afroamericano
 Hawaiano nativo o de otra isla del Pacífico Blanco Otro: _____

Médico de cabecera o atención primaria: _____ **Teléfono:** (____) _____

Médico que lo deriva (en caso de ser otro médico): _____ Teléfono: (____) _____

Especifique otros médicos que visite (incluya el teléfono):

_____ Teléfono: (____) _____

¿Desea recibir una invitación por correo electrónico para unirse a nuestro portal de pacientes, Carespace?*

Sí No

*En caso afirmativo, indique su dirección de correo electrónico en el espacio "Dirección de correo electrónico" anterior 'Motivo de su cita'

Nombre de farmacia: _____

N.º de teléfono de la farmacia e intersecciones: _____

Nombre del contacto de emergencia: _____

Parentesco: _____ Teléfono: (____) _____

¿Hay alguna persona que le gustaría tener como su contacto primario/de emergencia con respecto a su atención médica?

Sí No Si responde "sí", indique el nombre: _____

Parentesco: _____ Teléfono: (____) _____

¿Tiene: una instrucción anticipada sobre atención médica*? Sí No

un documento de voluntades anticipadas? Sí No

una orden de no resucitar? Sí No

un apoderado para decisiones médicas? Sí No

*Si responde 'sí', presente estos documentos.

Historia médica personal

¿Alguna vez un médico/profesional de la salud le dijo que tenía cáncer? Sí No

Tipo de cáncer diagnosticado: _____ Año: _____

Médico del tratamiento: _____

Tratamiento previo para el cáncer y fecha (si corresponde):

Radiación _____ quimioterapia _____ Inmunoterapia _____

Cirugía _____ Terapia hormonal _____ Terapia dirigida _____

Otro: _____

Transfusiones de sangre

¿Alguna vez ha tenido una transfusión de sangre? Sí No **En caso afirmativo, ¿tuvo alguna reacción?** Sí No

Fecha de la última transfusión de sangre: _____

¿Tiene restricciones religiosas que le impiden aceptar transfusiones de sangre? Sí No

Medicamentos anteriores: _____

Marque los elementos que correspondan a su persona (actuales o del pasado):

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ninguna | <input type="checkbox"/> Infecciones frecuentes | <input type="checkbox"/> Migrañas |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Cálculos biliares | <input type="checkbox"/> Neuropatía |
| <input type="checkbox"/> Trastorno de ansiedad | <input type="checkbox"/> ERGE/Acidez estomacal | <input type="checkbox"/> Osteoartritis |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Glaucoma/Cataratas | <input type="checkbox"/> Osteoporosis |
| <input type="checkbox"/> Fibrilación auricular | <input type="checkbox"/> Pérdida de audición | <input type="checkbox"/> Pancreatitis |
| <input type="checkbox"/> Trastorno hemorrágico | <input type="checkbox"/> Soplo cardíaco | <input type="checkbox"/> Parálisis |
| <input type="checkbox"/> Coágulos de sangre | <input type="checkbox"/> Ataque cardíaco/Infarto agudo de miocardio | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Parkinson |
| <input type="checkbox"/> Trastornos sanguíneos | <input type="checkbox"/> Cardiopatía | <input type="checkbox"/> Enfermedad vascular periférica |
| <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Acidez estomacal/Reflujo | <input type="checkbox"/> Neumonía/bronquitis |
| <input type="checkbox"/> Dolor de espalda crónico | <input type="checkbox"/> Hepatitis A/B/C | <input type="checkbox"/> Problemas con la anestesia |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar crónica (EPOC) | <input type="checkbox"/> Hernia de hiato | <input type="checkbox"/> Síndrome de Reynaud |
| <input type="checkbox"/> Cirrosis de hígado | <input type="checkbox"/> Hipertensión | <input type="checkbox"/> Fiebre reumática |
| <input type="checkbox"/> Pólipos de colon | <input type="checkbox"/> Colesterol alto | <input type="checkbox"/> Artritis reumatoide |
| <input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca congestiva | <input type="checkbox"/> Latido irregular | <input type="checkbox"/> Convulsiones |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de Crohn | <input type="checkbox"/> Síndrome del intestino irritable | <input type="checkbox"/> Culebrilla |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Enfermedad/Insuficiencia renal | <input type="checkbox"/> Apnea del sueño |
| <input type="checkbox"/> Diverticulitis | <input type="checkbox"/> Cálculos renales | <input type="checkbox"/> Úlceras estomacales |
| <input type="checkbox"/> Consumo de drogas | <input type="checkbox"/> Leucemia | <input type="checkbox"/> ACV |
| <input type="checkbox"/> Agrandamiento de la próstata | <input type="checkbox"/> Lupus autoinmune | <input type="checkbox"/> TB (Tuberculosis) |
| <input type="checkbox"/> Fractura | <input type="checkbox"/> Linfoma | <input type="checkbox"/> Enfermedad de tiroides |
| <input type="checkbox"/> Infecciones urinarias frecuentes | <input type="checkbox"/> Depresión mayor | <input type="checkbox"/> Colitis ulcerosa |

Antecedentes ginecológicos (ignore si no corresponde):

Edad en la que comenzó a menstruar: _____ Última menstruación: _____

Duración y frecuencia del ciclo: _____ Historia de sangrado anormal: Sí No

Edad de la paciente durante el primer embarazo (si corresponde): _____ ¿Amamantó? Sí No

Edad de menopausia (si corresponde): _____ Última prueba de Papanicolaou: _____

¿Se ha sometido a terapia de reemplazo hormonal? Sí No

¿Ha tomado anticonceptivos? Sí No

Ginecólogo/a: _____ Teléfono: (____) _____

Síntomas:

General

- Cambio en el apetito
- Cambio en el peso
- Fatiga
- Debilidad generalizada
- Fiebre
- Escalofríos
- Sudores nocturnos
- Resfriados frecuentes

Ojos

- Anteojos/Lentes de contacto
- Cambio en la visión
- Dolor ocular
- Visión doble

Oídos, nariz, boca, garganta

- Problemas de audición
- Sangrado de nariz
- Problemas en senos paranasales
- Goteo posnasal
- Problemas dentales
- Llagas bucales, en lengua o labios
- Ronquera
- Dolor de garganta
- Sangrado de encías

Corazón

- Dolor en el pecho
- Latido irregular
- Soplo
- Pies o tobillos hinchados

Pulmones

- Tos persistente
- Tos con sangre
- Dificultad para respirar
- Respiración sibilante
- Producción de esputo o flema
- Dificultad para respirar cuando está acostado

Musculoesquelético

- Dolor articular/artritis
- Debilidad muscular o articular
- Dolor de espalda
- Dolor de huesos
- Dolores musculares

Genitourinarios

- Micción excesiva durante la noche
- Micción excesiva durante el día
- Inicio o finalización lentos
- Pérdida de orina
- Dolor/ardor en la micción
- Dolor pélvico
- Sangre en la orina

Solo hombres

- Infecciones de la próstata
- Impotencia

Solo mujeres

- Secreción vaginal
- Sangrado vaginal
- Coito doloroso
- Calambres

Digestivo

- Dificultad para tragar
- Acidez frecuente
- Eructo o exceso de gas
- Dolor abdominal
- Náuseas
- Vómitos
- Diarrea
- Constipación
- Heces negras
- Cambio en los hábitos intestinales
- Sangrado rectal
- Hemorroides

Endocrinos

- Sofocos

Inmunológicos

- Reacciones alérgicas graves
- Infecciones frecuentes o graves
- Alergia al polen/Fiebre del heno

Piel

- Sarpullido, urticaria o picazón
- Cambio de color
- Cambio en lunares o verrugas
- Una ampolla que no cicatriza

Sistema nervioso

- Dolor de cabeza
- Mareos o vértigo
- Desvanecimiento
- Convulsiones, ataques o temblores
- Pérdida de la memoria
- Coordinación deficiente
- Debilidad de brazos o piernas
- Entumecimiento en brazos o piernas

Trastornos sanguíneos

- Se contusiona fácilmente
- Sangrado anormal
- Ganglios linfáticos agrandados
- Transfusión(es) de sangre

Psiquiátricos

- Trastorno de ansiedad
- Depresión mayor
- Dificultad para dormir/insomnio
- Estrés laboral/familiar

Antecedentes familiares

Indique cualquier miembro de la familia con cáncer, enfermedad de la sangre u otra enfermedad:

	Edad	Enfermedad	Si falleció, causa de muerte
Padre:	_____	_____	_____
Madre:	_____	_____	_____

	Edad	Género	Enfermedad	Si falleció, causa de muerte
Hermanos:	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____

	Edad	Género	Enfermedad	Paternal/maternal
Abuelos:	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____

Adoptado; no se conoce la historia familia Ascendencia judía asquenazí

¿Tiene antecedentes familiares de coágulos o trastornos sanguíneos? Sí No

En caso afirmativo, describa: _____

Antecedentes sociales

Estado civil o de relación actual: Casado/a Soltero/a Divorciado/a o separado/a Viudo/a
 Pareja de hecho o unión civil Prefiere no responder

Nombre del cónyuge/pareja: _____

¿Hijos?: Sí No En caso afirmativo, ¿cuántos?: _____

Ocupación: _____ Jubilado/a

*Si es jubilado/a, indique su ocupación anterior

¿Cuál es su genero actual?: Masculino Femenino Identidad de género: _____
(Opcional)
 Se niega a responder

¿Qué sexo se le asignó al nacer? Masculino Femenino

¿Usa actualmente o ha usado anteriormente productos de tabaco? Sí No

En caso afirmativo, indique el uso (o uso anterior) por día (ingrese el número):

Cigarrillos: _____ Cigarros: _____ Pipa: _____ Tabaco para mascar: _____ Cigarrillos electrónicos: _____

¿Cuántos años usó el/los producto(s) de tabaco mencionado(s)? _____

Si responde "No", ¿alguna vez ha usado **productos de tabaco**? Sí No

¿Cuándo dejó? _____ ¿Cuántos años usó el/los producto(s) de tabaco mencionado(s)? _____

¿Cuántas copas de bebidas alcohólicas (vino, cerveza, licor) bebe por día? _____

¿Por semana? _____ ¿Tiene antecedentes de consumo excesivo de alcohol? Sí No

Alergias

¿Es alérgico a algún medicamento? **En caso afirmativo**, especifique los medicamentos y la reacción a ellos:

Es alérgico a:

Látex: Sí No Cinta: Yes No **En caso afirmativo**, indique el tipo de cinta: _____

Huevos: Sí No Vacunas: Sí No **En caso afirmativo**, enumere los tipos de vacunas: _____

TC con contraste/tinte: Sí No

Enumere otras alergias. _____

AUTORIZACIÓN PARA SER FOTOGRAFIADO PARA EL REGISTRO MÉDICO ELECTRÓNICO (EMR)

Autorizo a Florida Cancer Specialists & Research Institute (FCS) a que me tomen una fotografía (podrá usarse una cámara digital o de video). Estas fotografías luego se incluirán en mi registro médico informatizado de FCS para fines de identificación y documentación médica.

Al firmar el presente, certifico que he revisado este formulario de autorización.

Doy mi consentimiento No doy mi consentimiento

Nombre del paciente (en letra de imprenta)

Fecha

Paciente o garante (firma)

ACUSE DE RECIBO DEL AVISO SOBRE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Mediante la firma de este formulario, reconoce que recibió o que se le informó que tiene derecho a recibir una copia del Aviso sobre prácticas de privacidad de Florida Cancer Specialists & Research Institute.

Este aviso está disponible en copia en papel y puede solicitar una copia en la mesa de entrada del establecimiento Florida Cancer Specialists & Research Institute o presentando una solicitud por escrito en la oficina corporativa en Florida Cancer Specialists & Research Institute, 4371 Veronica S. Shoemaker Blvd., Fort Myers, FL 33916.

También puede obtener una copia del Aviso sobre prácticas de privacidad en el sitio web de Florida Cancer Specialists & Research, FLCancer.com. Para ello, seleccione la pestaña **Patient Guide** (Guía del paciente), seleccione **New Patient Forms** (Formularios de paciente nuevo) y haga clic en **Notice of Privacy Policies** (Aviso sobre políticas de privacidad).

Aceptado Rechazado

Paciente nombre(en letra de imprenta)

Fecha de nacimiento

Paciente o garante (firma)

Fecha

Parentesco con el paciente: _____

SOLICITUD PARA LA DIVULGACIÓN DE REGISTROS

Yo, _____, solicito una copia de mi registro médico completo a la oficina de:

Nombre y dirección del profesional

Se enviará a Florida Cancer Specialists & Research Institute (FCS): (Uso interno)

Dirección, ciudad, estado, código postal

Fax/Número de teléfono

- Doy mi permiso para que se envíen por fax los registros médicos a la persona, compañía o institución médica mencionada arriba. Entiendo que mis registros se enviarán a través de una línea telefónica.

Entiendo que mediante la firma de esta autorización para la divulgación de mis registros, estoy autorizando a FCS a recibir copias de cualquier información médica, psiquiátrica, sobre el SIDA, síndromes relacionados con el SIDA, pruebas de VIH, información sobre abuso de alcohol o drogas para la persona u organización antes mencionada.

También entiendo que esta autorización podrá revocarse en cualquier momento, a menos que se hayan tomado medidas antes de la revocación. Este consentimiento será válido de forma indefinida hasta tanto se reciba una comunicación escrita para revocarlo.

Nombre del paciente (en letra de imprenta)

Fecha

Paciente o garante (firma)

Fecha de nacimiento

CONSENTIMIENTO PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA DE FORMA ORAL

Nombre del paciente: _____ Fecha de nac.: _____

Marque una de las siguientes:

Autorizo a los empleados de Florida Cancer Specialists & Research Institute a que me comuniquen mi información de salud protegida de forma oral, así como a los siguientes familiares o amigos:

Nombre: _____ Vínculo: _____ Teléfono: _____

Solicito que toda mi información de salud protegida se divulgue ÚNICAMENTE a mí y no a otros familiares ni amigos.

Doy permiso a Florida Cancer Specialists & Research Institute para usar los servicios de un escriba médico profesional, que podría ser virtual, para ayudar a mi médico con la documentación mientras analizo mis asuntos de atención médica. Entiendo que no tengo que pagar por este servicio y que se mantendrá la confidencialidad de toda la información compartida.

Entiendo que podré revocar o modificar este consentimiento en cualquier momento completando otro formulario de consentimiento que reemplace este.

Paciente (nombre en letra de imprenta)

Fecha de nacimiento

Paciente (firma)

Fecha

Este formulario debe actualizarse en forma anual.

DATOS DEL SEGURO:

Nombre del paciente: _____ **Fecha de nac.:** _____

Aseguradora primaria: _____

Nombre del titular de la póliza primaria: _____ Fecha de nac. del titular de la póliza: _____

ID de póliza/grupo: _____

Empleador del titular de la póliza: _____

¿El plan tiene una cobertura para recetas médicas? Sí No

Aseguradora secundaria: _____

Nombre del titular de la póliza secundaria: _____ Fecha de nacimiento del titular de la póliza: _____

ID de póliza/grupo: _____

Empleador del titular de la póliza: _____ N.º de seg. social del titular de la póliza: _____

¿El plan tiene una cobertura para recetas médicas? Sí No

Aseguradora de farmacia: _____

Nombre del titular de la póliza de farmacia: _____ Número de póliza RX/Número RX BIN: _____

Certifico que la información proporcionada es exacta. Notificaré a Florida Cancer Specialists & Research Institute (FCS) cualquier modificación tan pronto como sea posible. Entiendo que es mi responsabilidad actualizar a FCS sobre los cambios en mi plan de seguro o, de lo contrario, podría ser responsable del saldo total de mi tratamiento.

Paciente nombre(en letra de imprenta)

Fecha de nacimiento

Paciente o garante (firma)

Fecha

MEDIGAP

Solo es aplicable para pacientes con seguro secundario a Medicare

Nombre del beneficiario: _____ **Número de reclamo de seguro de salud:** _____

Identificador de beneficiario de Medicare: _____ **Número de póliza de Medigap:** _____

Solicito que el pago de los beneficios de Medigap autorizados se realice en mi nombre a Florida Cancer Specialists & Research Institute o Rx To Go por los servicios prestados por _____.
Autorizo a cualquier tenedor de información médica sobre mí a divulgar a _____ cualquier información concerniente a este reclamo de Medicare ya que la firma de esta autorización hará que la información de pago de Medicare se intercambie automáticamente.

Paciente nombre(en letra de imprenta)

Fecha de nacimiento

Paciente o garante (firma)

Fecha

CONSENTIMIENTO GENERAL Y FINANCIERO

Estimado paciente:

Gracias por elegir Florida Cancer Specialists & Research Institute (FCS) como su prestador de atención médica. Nuestros médicos están comprometidos a brindarle una atención de primera calidad.

Antes de recibir el tratamiento, lea y acepte las políticas generales y financieras de FCS:

- Usted da su consentimiento para la prestación de atención médica de conformidad con las leyes de subrogación sanitaria, lo que podría incluir procedimientos de diagnóstico, pruebas de secuenciación de nueva generación y el tratamiento médico que su(s) médico(s) u otro personal médico de FCS considere necesario. Se le podrán ofrecer servicios médicos a través de sistemas de telemedicina que implican la prestación de asistencia médica mediante comunicación electrónica con un prestador que se encuentra en una ubicación física diferente. Usted da su consentimiento para iniciar y/o recibir comunicaciones basadas en la tecnología con FCS y mis prestadores, incluidos los servicios de consulta de un especialista realizados virtualmente. Usted entiende que mi atención médica y tratamiento podrían ser provistos por médicos, incluidos becarios y residentes, estudiantes de medicina y de salud asociados, asistentes médicos, personal de enfermería y otros prestadores de atención médica. Usted ha leído y comprende este Consentimiento general para tratamiento y entiende que no se ha dado ninguna garantía o seguridad en cuanto a los resultados que se podrían obtener.
- Acepta facilitar a FCS un seguro vigente y exacto, así como información del programa de beneficios de atención médica u otros datos del responsable del pago, y notificar de inmediato a FCS si su cobertura sufre alguna modificación.
- Entiende que la política financiera para pacientes de FCS está disponible en línea en FLCancer.com. Acepta que esta política se aplique en su caso y que esta podría sufrir modificaciones ocasionales sin previo aviso.
- Reconoce que FCS le facturará a su programa o plan de seguro por los servicios prestados por FCS y acepta que cediendo su derecho a recibir pagos o beneficios de dicha aseguradora o programa a FCS, además de autorizar que el pago se realice directamente a FCS.
- Acepta que es responsable del pago a FCS de todos los copagos, deducibles y coseguros aplicables en virtud de su póliza de seguro, plan o programa. Entiende que el pago de dichos montos es pagadero en el momento del servicio.
- Dependiendo de su aseguradora, plan o programa, es posible que algunos servicios no estén cubiertos. Si su aseguradora no autoriza ni cubre un servicio o tratamiento y aun así usted decide recibir tal servicio o tratamiento, acepta que es responsable del pago. Esto se aplica a todos los responsables del pago de acuerdo con todas las leyes y reglamentación vigentes y los requisitos del pagador (lo que incluye cualquier "notificación previa al beneficiario (ABN), que pudiera ser aplicable en virtud de Medicare).
- Para facilitar el pago de las reclamaciones, realizar operaciones internas y coordinar su atención con otros prestadores de atención médica, FCS utilizará su información de salud personal internamente y la compartirá con su póliza de seguro y determinados socios comerciales de FCS de conformidad con la Ley de responsabilidad y transferibilidad de seguros médicos de 1996 (HIPAA, por sus siglas en inglés) y otras leyes y reglamentaciones federales y estatales aplicables.

- FCS controla y opera Rx To Go, una farmacia especializada que ofrece determinados productos farmacéuticos que podrían ser recetados por su médico de FCS y que podrían estar cubiertos por su plan o programa de beneficios médicos o de farmacia (como la Parte B o Parte D de Medicare). No está obligado a usar Rx To Go y podrá resurtir sus recetas médicas en cualquier otro lugar que elija. Sin embargo, si selecciona Rx To Go para completar recetas médicas emitidas por FCS, tanto esta política como el resto de las políticas de responsabilidad financiera del paciente de FCS también se aplicarán a los conceptos y servicios que Rx To Go le haya brindado.
- Reconoce que los servicios de laboratorio y radiología podrían ser necesarios como parte de su atención y tratamiento, que son brindados por médicos clínicos de FCS en las instalaciones propias de FCS. En algunos casos, los servicios podrían prestarse en establecimientos externos y, en ese caso, entiende que podría recibir una factura aparte directamente del prestador externo.
- Si realiza un pago a FCS que da como resultado un excedente en su cuenta (es decir, un saldo de crédito), FCS retendrá dicha cantidad como depósito frente a los cargos que estén sujetos al procesamiento continuo de reclamos o los cargos para servicios programados a futuro. Además, FCS podrá aplicar dicho excedente en concepto de dichos cargos pendientes o futuros programados. Si aún quedara un excedente después de aplicar todos los créditos, o si al finalizar la atención en FCS quedara un saldo de crédito que no corresponde devolver a su aseguradora o a otro pagador, FCS le reembolsará el saldo de crédito. No obstante, acepta que cualquier reembolso inferior a \$10.00 se efectuará únicamente si presenta una solicitud escrita y, en cualquier caso, cualquier saldo de crédito inferior a \$10.00 se perderá si la solicitud de reembolso no se recibe en un plazo de cinco (5) años después de la finalización de su atención.

HE LEÍDO, ENTIENDO Y ACEPTO LAS POLÍTICAS FINANCIERAS DEL PACIENTE ANTERIORES.
El paciente puede obtener una copia si lo solicita.

Paciente nombre(en letra de imprenta)

Fecha de nacimiento

Paciente o garante (firma)

Fecha

For office use:

Name (Print)

FCS Employee (Signature)

CONSENTIMIENTO EXPRESO PARA SECUENCIACIÓN DE NUEVA GENERACIÓN

Nombre del paciente: _____ N.º de historia clínica: _____

Fecha de nacimiento del paciente: _____ Médico que indica el estudio: _____

Descripción general y propósito de la prueba genética

Entiendo que mi prestador de atención médica podría recomendar que me realice una prueba de secuenciación de nueva generación (NGS). Al firmar este formulario, doy mi consentimiento para la recopilación, utilización, conservación, mantenimiento y divulgación de mi información genética para análisis de laboratorio clínico por parte de Florida Cancer Specialists & Research Institute, LLC (FCS) y cualquier afiliada que FCS designe para analizar mi información genética con el fin de asistir en mi diagnóstico o tratamiento, si así lo determinara necesario mi prestador.

Beneficios de la prueba NGS

La prueba NGS busca detectar cambios genéticos en mi tejido afectado para contribuir a mi diagnóstico o tratamiento. La prueba NGS podría ayudar en la identificación de variaciones y mutaciones genéticas y en la detección del cáncer. Además, la prueba NGS podría ayudar a su prestador a determinar mejor el tratamiento más conveniente para sus necesidades clínicas específicas.

Limitaciones de la prueba NGS

Entiendo que la prueba analiza determinadas regiones genéticas y no descarta la posibilidad de una variante sin detectar en una región genética que no esté incluida en esta prueba. A pesar de que los resultados de las pruebas genéticas son altamente precisos, también puede haber varias fuentes de error o resultados atípicos, por ejemplo, contaminación, transfusión y trasplantes de médula ósea. **IMPORTANTE:** Informe a su prestador de atención médica si ha tenido una transfusión o trasplante.

Divulgación de los resultados de la prueba NGS

Todas las pruebas son confidenciales y se divulgarán solamente al prestador de atención médica que solicitó el estudio (o la persona que este designe) y al paciente, salvo que el paciente haya autorizado por escrito o sea estipulado por la ley. La Ley de no discriminación por información genética de 2008 extiende protecciones contra la discriminación genética sobre la base de la información genética de un paciente (<http://www.genome.gov/10002328>).

Consulte www.nsgc.org o www.acmg.net para obtener más información sobre las pruebas genéticas.

Retención de especímenes

Debido a que Florida Cancer Specialists & Research Institute, LCC (FCS) no es un centro de almacenamiento, la mayoría de las muestras se desechan 60 días después de la finalización de la prueba. Algunas pruebas podrían guardarse por tiempo indefinido a los fines de validación de pruebas o investigación, una vez que se hayan eliminado los identificadores personales, con el consentimiento del paciente. Indique si le gustaría que se conservaran su muestra y datos.

Entiendo la información anterior sobre pruebas genéticas y doy mi consentimiento para que se realice esta prueba. Plantearé cualquier pregunta que tenga sobre la prueba NGS a mi prestador, si mi prestador recomienda que me realice la prueba NGS.

Firma del paciente o representante autorizado del paciente

Fecha

Parentesco con el paciente (si es un representante autorizado)

Fecha

Testigo

Fecha

CONSENTIMIENTO PARA COMUNICACIÓN POR MENSAJE DE TEXTO

Mediante mi firma a continuación, autorizo a Florida Cancer Specialists & Research Institute, LLC (FCS), sus entidades afiliadas y subsidiarias, y a Rx To Go (y cualquier proveedor de servicios de texto de FCS autorizado) a contactarme por mensaje de texto SMS sobre notificaciones relacionadas con la salud, incluidos recordatorios de cita y comunicaciones de facturación.

Entiendo que podrían aplicarse tarifas de mensajería/datos a los mensajes enviados por FCS de acuerdo con el plan de mi teléfono celular.

Sé que no tengo ninguna obligación de autorizar a FCS para que me envíe mensajes de texto. Podré optar por dejar de recibir estas comunicaciones en cualquier momento al responder con la palabra "STOP".

Entiendo que los mensajes de texto no reemplazan la atención médica o profesional.

Mediante mi firma a continuación, señalo que soy la persona legalmente responsable por todo el uso de las cuentas móviles, que tengo por lo menos 18 años y que acepto todos los términos y las condiciones de uso de los servicios de mensajes de texto.

Riesgos de utilizar mensajes de texto: El uso de mensajes de texto tiene una serie de riesgos que se deben tener en cuenta. Estos riesgos incluyen, entre otros, los siguientes:

- Los mensajes de texto se pueden distribuir, reenviar, almacenar en forma electrónica y en papel a destinatarios no deseados.
- Los remitentes pueden mandar fácilmente un mensaje de texto a un número equivocado y enviar la información a un destinatario no deseado.
- Las copias de seguridad de los mensajes de texto pueden perdurar incluso después de que el remitente y/o el destinatario hayan eliminado su copia.
- La mensajería de texto podría no ser segura y, por tanto, es posible que un tercero pudiera vulnerar la confidencialidad de dicha información.

MARQUE LO SIGUIENTE:

- Doy mi consentimiento para recibir información vía texto. Entiendo que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento. Número de celular para mensajes de texto _____.
- No doy mi consentimiento para recibir información vía texto. Entiendo que puedo cambiar de parecer y dar mi consentimiento más adelante.

Yo, _____ [Nombre del paciente], por la presente doy mi consentimiento y declaro mi preferencia para que mi médico, _____ [Nombre del médico] y otros miembros del personal de Florida Cancer Specialists & Research Institute, LLC (FCS), sus entidades afiliadas y subsidiarias, y Rx To Go, LLC (y cualquier proveedor autorizado de servicios de mensajes de texto de FCS) se comuniquen conmigo mediante mensajes SMS estándar con respecto a diferentes aspectos de mi atención médica, que podrán incluir, entre otros, resultados de pruebas, recetas, citas y facturación.

Entiendo que la mensajería SMS estándar no es un método de comunicación confidencial y podría no ser seguro. Además, entiendo que, debido a esto, existe el riesgo de que un tercero intercepte y lea los mensajes SMS estándar relacionados con mi atención médica.

Nombre del paciente (en letra de imprenta)

Fecha

Paciente (firma)

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DEL PACIENTE A LA FUNDACIÓN FCS

Complete todas las secciones del documento. Si se deja alguna sección en blanco, este formulario no será válido y no será posible compartir su información médica según lo solicitado.

Yo, _____, doy mi permiso para que Florida Cancer Specialists & Research Institute, LLC comparta mi nombre, segundo nombre y apellido; dirección; correo electrónico; y número de teléfono con The Florida Cancer Specialists Foundation (FCS Foundation), ubicada en 5985 Silver Falls Run, Ste. 210, Bradenton, FL 34211, por correo electrónico, a los fines de asistencia financiera, voluntariado y/o donaciones.

La Fundación FCS es una organización sin fines de lucro 501(c)3 designada por el IRS. El número EIN de la Fundación FCS es 20-4616813.

Entiendo que la organización antes mencionada podría no estar cubierta por las normas federales/estatales que rigen la privacidad y la seguridad de los datos y podría estar autorizada a compartir aún más la información que se les brinda. Entiendo que se me permite revocar esta autorización para compartir mi información médica en cualquier momento y puedo hacerlo presentando una solicitud por escrito a:

Nombre: Responsable de privacidad de FCS
Organización: Florida Cancer Specialists & Research Institute, LLC
Dirección: 4371 Veronica S. Shoemaker Blvd., Fort Myers, FL 33916

Entiendo que:

- En el caso de que mi información ya haya sido compartida en el momento de revocar mi autorización, puede que sea demasiado tarde para cancelar el permiso de compartir mi información médica.
- Entiendo que no necesito dar más información para que la información detallada en la Sección II sea compartida con la organización indicada en la Sección II.
- Entiendo que el hecho de no firmar/presentar esta autorización o su cancelación no me impedirá recibir ningún tratamiento o prestación a los que tenga derecho, siempre que esta información no sea necesaria para determinar si cumpla los requisitos para recibir tales tratamientos o prestaciones o para pagar los servicios que reciba.

Nombre del paciente (en letra de imprenta)

Fecha

Paciente (firma)

Si este formulario lo cumplimenta una persona con autoridad legal para actuar en nombre de una persona, como padre/madre o tutor legal o un agente de atención médica o menor de edad, cumplimente la siguiente información:

Nombre de la persona que cumplimenta este formulario: _____

Firma de la persona que cumplimenta este formulario: _____

Describa cómo esta persona tiene la autoridad legal para firmar esto de: _____

FOR STAFF USE ONLY: Please scan and email this completed page to the FCS Foundation at FCSF@FLCancer.com.