



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: ( \_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_ 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

**Mantenimiento de la salud:**

Sigmoidoscopia/Colonoscopia:  Sí  No

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

Resultados: \_\_\_\_\_

Fecha de la última mamografía: \_\_\_\_\_ Fecha del último examen de densidad ósea: \_\_\_\_\_

Fecha del último examen pélvico: \_\_\_\_\_

Fecha de la última esofagogastroduodenoscopia (EGD): \_\_\_\_\_

Fecha de la última colonoscopia: \_\_\_\_\_ Fecha del último examen de próstata: \_\_\_\_\_

**Hospitalizaciones/Cirugías: Enumere todas las hospitalizaciones y cirugías/procedimientos.**

Fecha	Hospitalización	Cirugías/ procedimientos	Lugar	Médico

**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
	Si falleció, causa de muerte			
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. \_\_\_\_\_



**Medicamentos:** Especifique las recetas actuales y los medicamentos de venta libre, incluidos hierbas, suplementos y vitaminas.

Medicamento	Dosis	Frecuencia

**Vacunas:** Marque las vacunas anteriores recibidas e incluya la **fecha de la última vacuna.**  
***Esta sección es opcional si se desconocen las fechas.***

Vacuna	Fecha(s)
<input type="checkbox"/> Varicela	
<input type="checkbox"/> Neumocócica	
<input type="checkbox"/> Difteria, tétanos y tos ferina (DTP)	
<input type="checkbox"/> COVID (indique fechas de las vacunas y refuerzos)	
<input type="checkbox"/> Hepatitis B	
<input type="checkbox"/> Culebrilla	
<input type="checkbox"/> Gripe	
<input type="checkbox"/> Hemophilus (HIB)	

**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](http://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: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Vínculo: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Vínculo: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Vínculo: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

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](http://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](http://www.nsgc.org) o [www.acmg.net](http://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)