



LOUISIANA WOMEN'S
Healthcare



Médico: _____ Fecha: _____

Motivo de la Visita de Hoy: _____

Patient Name: _____

DOB: _____ Gender: _____

MRN: _____

CSN: _____

AFFIX LABEL HERE

FORMULARIO DE HISTORIAL DE SALUD

Por Favor Enumere:

Alergias	Medicamentos Actuales	Cirugía Previa

Pruebas de Detección:

Prueba	Fecha/ Año	Normal	Anormal	¿Alguna vez has tenido la Siguiente?	
Prueba de Papanicolaou				☐ Presión Arterial Alta	☐ Convulsiones
Mamografía				☐ Enfermedades del Corazón	☐ Hepatitis/Ictericia
Gammagrafía Ósea				☐ TB (Tuberculosis)	☐ Tromboflebitis/ Sangre Coágulos
Cáncer de Colon				☐ Diabetes	☐ Enfermedades de Transmisión Sexual
Colesterol				☐ Asma	☐ Cualquier Otra Enfermedad Grave/ Lesión

Historia Personal:

¿Comes una dieta bien balanceada? **SÍ / NO**

¿Bebe alcohol? **SÍ / NO**

¿Alguna vez ha recibido tratamiento para el alcoholismo? **SÍ / NO**

¿Tiene antecedentes de abuso de drogas? **SÍ / NO**

¿Usted fuma? **SÍ / NO**

¿Haces ejercicio? **SÍ / NO**

¿Te sientes descansado después de dormir?
SÍ / NO

¿Ha experimentado recientemente violencia doméstica o se siente amenazada? **SÍ / NO**

Historia Menstrual:

¿A que edad comenzo tu primer periodo?

¿Duración del ciclo? (ejemplo: 28 días)

¿Número de días de flujo o sangrado?

¿Fecha en que comenzó el último período?

¿Períodos irregulares? **SÍ / NO**

¿Sangrar entre períodos? **SÍ / NO**

¿Flujo pesado / coágulos / calambres? **SÍ / NO**

VOLTE LA PAGINA

Form #04B – Rev. 5/23

Historial de Embarazo: ¿Qué edad tenía cuando tuvo su primer embarazo a término? _____

Año de Parto	Término Completo	Prematuro	Nacido Muerto	Malparto	Aborto	Cesárea	Parto Vaginal	Parto Vaginal despues de Cesarea (VBAC)	Lista de Complicaciones <i>es decir, presión arterial alta, embarazo ectópico, diabetes gestacional, etc.</i>	Sexo del Niño	Peso del Niño
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐			
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐			
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐			
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐			
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐			

Antecedentes Familiares:

Miembro de la Familia	Enfermedades o Condiciones Médicas	Edad al Morir	Causa de Muerte
Madre			
Padre			
Abuela Materna			
Abuelo Materno			
Abuela Paterna			
Abuelo Paterno			

Quién en su familia (vivo o fallecido) tiene o ha tenido lo siguiente:

Cáncer	Otras Enfermedades	
Cáncer de Mama	Defectos de Nacimiento	Epilepsia
Cáncer de Ovario	Enfermedad Cardíac	Enfermedad Mental
Cáncer Uterino	Presión Arterial Alta	Discapacidad Intelectual
Otro Cáncer Femenino	Diabetes	TB (Tuberculosis)
Cáncer de Colon	Anemia de Células Falciformes	Otras Enfermedades _____

Médico: _____ Fecha: _____

Patient Name: _____

DOB: _____ Gender: _____

MRN: _____

CSN: _____

AFFIX LABEL HERE

HISTORIA FAMILIAR DE CÁNCER

Historia familiar de cancer. Por favor considere a todos los parientes (enumerados a continuación) tanto del lado de la familia de su madre como del padre, TANTO hombres como mujeres: padre, madre, hermanos, hermanas, medios hermanos, sus hijos, abuelos, tías, tíos, sobrinas, sobrinos, primos.

Circule **SÍ** o **NO** a continuación:

- | | | |
|--|-----------|-----------|
| 1) ¿ <u>Ha tenido usted</u> cáncer de MAMA a <u>alguna</u> edad? | SÍ | NO |
| 2) ¿ <u>Ha tenido usted</u> o <u>alguno de sus familiares</u> (mencionados anteriormente) cáncer de MAMA a los <u>49 años o menos?</u> | SÍ | NO |
| 3) ¿ <u>Ha tenido usted TRES o más familiares</u> (enumerados arriba y pueden incluirla a usted) con cáncer de MAMA en el MISMO lado de la familia? | SÍ | NO |
| 4) ¿ <u>Alguno de los familiares</u> con cáncer de MAMA era HOMBRE? | SÍ | NO |
| 5) ¿ <u>Ha tenido usted</u> o <u>alguno de sus familiares femeninas de 1ra o 2da generación</u> ha tenido cáncer de OVARIO? (padres, hermanos, abuelos, tías, hijos) | SÍ | NO |
| 6) ¿ <u>Ha tenido usted</u> o <u>alguno de sus familiares de 1ra generación</u> ha tenido cáncer de PÁNCREAS? (padres, hermanos, hijos) | SÍ | NO |
| 7) ¿ <u>Ha tenido usted</u> o <u>alguno de los familiares</u> (mencionados anteriormente) cáncer de COLON y/o ENDOMETRIO a los <u>49 años o menos?</u> | SÍ | NO |
| 8) ¿ <u>Ha tenido usted TRES o más familiares</u> (puede incluirlo a usted) con cáncer de COLON o ÚTERO en el MISMO lado de la familia? | SÍ | NO |
| 9) ¿ <u>Ha tenido usted</u> o alguno de los <u>familiares varones de 1ra generación</u> mencionados anteriormente cáncer de PRÓSTATA METASTÁSICO? (papá, hermanos, hijos) | SÍ | NO |

Si respondió **SÍ** a **CUALQUIERA** de las preguntas anteriores, **escanee el código QR** a la derecha con su dispositivo móvil. Seleccione su médico de LWH de la lista desplegable **y complete el cuestionario** lo mejor que pueda. Una vez que haya completado el cuestionario en línea, marque la casilla a continuación.

☐ **Prueba Completa**



SÓLO PARA USO EN OFICINA (For Office Use Only)

- | | | |
|--|-----------------------------------|-----------------------------------|
| ☐ Patient Appropriate for Testing | ☐ Accepted | ☐ Declined |
| ☐ Patient Does Not Meet Criteria | | |



AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Este aviso describe cómo se puede usar y compartir su información médica y cómo puede obtener acceso a esta información. **Por favor revíselo cuidadosamente.**

TUS DERECHOS:

Cuando se trata de su información de salud, usted tiene ciertos derechos. Esta sección explica sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades para ayudarlo.

Obtenga una copia electrónica o en papel de su registro médico

- Puede solicitar ver u obtener una copia electrónica o en papel de su registro médico y otra información de salud que tengamos sobre usted. Pregúntenos cómo hacer esto.
- Le proporcionaremos una copia o un resumen de su información de salud, generalmente dentro de los 30 días de su solicitud. Podemos cobrar una tarifa razonable basada en el costo.

Pídanos que corrijamos su registro médico

- Puede solicitarnos que corrijamos la información médica sobre usted que cree que es incorrecta o está incompleta. Pregúntenos cómo hacer esto.
- Podemos decir "no" a su solicitud, pero le diremos el por qué por escrito dentro de los 60 días.

Solicitar comunicaciones confidenciales

- Puede solicitarnos que nos comuniquemos con usted de una manera específica (por ejemplo, teléfono de su casa u oficina) o que le enviemos un correo a una dirección diferente.
- Diremos "sí" a todas las solicitudes razonables.

Pídanos que limitemos lo que usamos o compartimos

- Puede solicitarnos que no usemos ni compartamos cierta información de salud para el tratamiento, el pago o nuestras operaciones. No estamos obligados a aceptar su solicitud, y podemos decir "no" si esto afectara su cuidado.
- Si paga por completo un servicio o artículo de atención médica de su bolsillo, puede solicitarnos que no compartamos esa información con el propósito de pago o nuestras operaciones con su asegurador de salud. Diremos "sí" a menos que una ley nos exija compartir esa información.

Obtenga una lista de aquellos con quienes hemos compartido información

- Puede solicitar una lista (contabilidad) de las veces que hemos compartido su información de salud durante seis años antes de la fecha en que la solicita, con quién la compartimos y por qué.
- Incluiremos todas las divulgaciones, excepto las relacionadas con el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica, y ciertas otras divulgaciones (como las que nos solicitó). Proporcionaremos un informe al año de forma gratuita, pero cobraremos una tarifa razonable basada en el costo si solicita otro dentro de los 12 meses.

Obtenga una copia de este aviso de privacidad

- Puede solicitar una copia imprimida de este aviso en cualquier momento, incluso si ha aceptado recibirlo electrónicamente. Le daremos una copia imprimida de inmediato.

Elige a alguien para que actúe por ti

- Si le ha otorgado a alguien un poder notarial médico o si alguien es su tutor legal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información de salud. Nos aseguraremos de que la persona tenga esta autoridad y pueda actuar por usted antes de tomar cualquier medida.

Presente una queja si considera que se violan sus derechos

- Puede presentar una queja si considera que hemos violado sus derechos comunicándose con el Oficial de Privacidad de LWH al 225-201-2000.
- Puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EU. Enviando una carta a 200 Independence Avenue, SW, Washington, DC 20201, llamando al 1-877-696-6775, o visitando www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/.
- No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.

SUS OPCIONES:

Para cierta información de salud, puede decirnos sus opciones sobre lo que compartimos. Si tiene una preferencia clara sobre cómo compartimos su información en las situaciones que se describen a continuación, comuníquese con nosotros. Díganos qué quiere que hagamos y seguiremos sus instrucciones.

En estos casos, tiene el derecho y la opción de decirnos que:

- Compartir información con su familia, amigos cercanos u otras personas involucradas en su atención médica.
- Compartir información en una situación de ayuda por desastre. Incluya su información en el directorio de un hospital.

Si no puede decirnos su preferencia, por ejemplo, si está inconsciente, podemos seguir adelante y compartir su información si creemos que es lo mejor para usted. También podemos compartir su información cuando sea necesario para disminuir una amenaza grave e inminente para la salud o la seguridad.

En estos casos, nunca compartimos su información a menos que nos dé permiso por escrito:

- Fines de marketing
- Venta de su información
- El mayor intercambio de notas de psicoterapia

En el caso de la recaudación de fondos:

- Podemos contactarlo para recaudar fondos, pero puede decirnos que no lo contactemos nuevamente.

NUESTROS USOS Y DIVULGACIONES:

Normalmente usamos o compartimos su información de salud de las siguientes maneras:

- **Tratarle:** Podemos usar su información de salud y compartirla con otros profesionales que lo están tratando. *Ejemplo: un médico que lo trata por una lesión le pregunta a otro médico sobre su estado general de salud.*
- **Dirige nuestra organización:** Podemos usar y compartir su información de salud para llevar a cabo nuestra práctica, mejorar su atención y contactarlo cuando sea necesario. *Ejemplo: Usamos su información de salud para administrar su tratamiento y servicios.*
- **Factura por tus servicios:** Podemos usar y compartir su información de salud para facturar y obtener pagos de planes de salud u otras entidades. *Ejemplo: le damos información sobre usted a su plan de seguro médico para que pague por sus servicios.*

¿De qué otra manera podemos usar o compartir su información de salud?

Se nos permite o exige compartir su información de otras maneras, generalmente de manera que contribuya al bien público, como la salud pública y la investigación. Tenemos que cumplir con muchas condiciones legales antes de poder compartir su información para estos fines.

- **Ayuda con problemas de salud y seguridad pública**
 - Podemos compartir información de salud sobre usted para ciertas situaciones, tales como: Prevenir enfermedades / Ayudar a retirar productos del mercado / Informar reacciones adversas a medicamentos / Informar sospechas de abuso, negligencia o violencia doméstica y prevenir o reducir una amenaza grave para la salud o la seguridad de cualquier persona.
- **Hacer una investigación**
 - Podemos usar o compartir su información para investigaciones de salud.
- **Consentir con ley**
 - Compartiremos información sobre usted si las leyes estatales o federales lo requieren, incluso con el Departamento de Salud y Servicios Humanos si quiere ver que estamos cumpliendo con la ley federal de privacidad.
- **Responda a las solicitudes de donación de órganos y tejidos**
 - Podemos compartir información sobre su salud con organizaciones de obtención de órganos.
- **Trabajar con un médico forense o director de funeraria**
 - Podemos compartir información de salud con un forense, un examinador médico o un director de funeraria cuando una persona muere.
- **Abordar las solicitudes de compensación laboral, cumplimiento de la ley y otras solicitudes gubernamentales.** Podemos usar o compartir información de salud sobre usted:
 - Para reclamos de compensación de trabajadores
 - Para propósitos de aplicación de la ley o con un oficial de aplicación de la ley
 - Con agencias de supervisión de la salud para actividades autorizadas por la ley
 - Para funciones especiales del gobierno, como servicios militares, de seguridad nacional y de protección presidencial

Responder a demandas y acciones legales

Podemos compartir información sobre su salud en respuesta a una orden judicial o administrativa, o en respuesta a una citación.

NUESTRAS RESPONSABILIDADES:

- La ley nos exige mantener la privacidad y seguridad de su información de salud protegida.
- Le informaremos de inmediato si se produce una violación que pueda haber comprometido la privacidad o la seguridad de su información.
- Debemos seguir los deberes y las prácticas de privacidad descritos en este aviso y entregarle una copia del mismo.
- No utilizaremos ni compartiremos su información de otra manera que la descrita aquí a menos que usted nos diga que podemos hacerlo por escrito. Si nos dice que podemos, puede cambiar de opinión en cualquier momento. Háganos saber por escrito si cambia de opinión.

CAMBIOS A LOS TÉRMINOS DE ESTE AVISO:

Podemos cambiar los términos de este aviso y los cambios se aplicarán a toda la información que tengamos sobre usted. El nuevo aviso estará disponible a pedido, en nuestro sitio web, y le enviaremos una copia por correo.