



**Historial Médico**

- 1. ¿Tiene un trastorno convulsivo?
- 2. ¿Tiene historial de trastornos metabólicos? (por ejemplo, diabetes, resistencia a la insulina, o problemas de tiroides)
- 3. ¿Ha tenido coágulos de sangre en las piernas o en el pecho?
- 4. ¿Ha tenido algún diagnóstico de salud mental?
- 5. ¿Tiene historial de abuso de drogas o alcohol?
- 6. Tiene algún problema médico crónico (por ejemplo, presión alta, asma, hepatitis o enfermedad del corazón)?
- Otro: \_\_\_\_\_

**Detección de Infecciones**

- 1. ¿Ha tenido varicela o la vacuna contra varicela?
- 2. ¿Alguna exposición a tuberculosis (TB)?
- 3. ¿Tiene historial de exposición a enfermedades de transmisión sexual (ETS)?
- 4. ¿Usted o su pareja tienen historial de herpes genital?

**Detección Genética** (Incluye paciente, padre del bebé y cualquier miembro de ambas familias)

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1. Talasemia                                 | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 8. Hemofilia o Trastorno de Sangre |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 2. Defecto del Tubo Neural                   | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 9. Distrofia Muscular              |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 3. Defecto Cardíaco Congénito                | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 10. Fibrosis Quística              |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 4. Síndrome de Down                          | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 11. Corea de Huntington            |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 5. Tay-Sachs                                 | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 12. Retraso Mental                 |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 6. Enfermedad de Canavan                     | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 13. Otro Trastorno Cromosómico     |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 7. Enfermedad o Rasgo de Células Falciformes | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 14. Otro Defecto de Nacimiento     |

**Resumen de Embarazos**

\_\_\_\_\_ # de Embarazos      \_\_\_\_\_ # de Prematuros      \_\_\_\_\_ # de Abortos      \_\_\_\_\_ # de Gemelos/Múltiples  
 \_\_\_\_\_ # a Término      \_\_\_\_\_ # de Abortos      \_\_\_\_\_ # de Embarazos      \_\_\_\_\_ # de Hijos Vivos  
 Completo      Espontáneos      Ectópicos/Tubáricos

Fecha de Parto	Semanas al Momento del Parto	Horas de Trabajo de Parto	Peso al Nacer	Sexo del Bebé	Tipo de Parto	Epidural/Anestesia	Nombre del Doctor

S=Sí N=No

**SÍ NO History of Pregnancy Complications**

- 1. ¿Historial de abortos recurrentes, muerte fetal, o desprendimiento de placenta?
- 2. ¿Historial de parto o contracciones prematuras?
- 3. ¿Historial de parto prematuro <37 semanas o ruptura de fuente?
- 4. ¿Historial de bebé que pesó menos de 5 ½ libras?
- 5. ¿Historial de gemelos, trillizos o cuatrillizos?
- 6. ¿Historial de presión alta durante el embarazo?
- 7. ¿Historial de diabetes durante el embarazo?
- 8. ¿Historial de embarazo ectópico/tubárico?



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 Siguiete?	
Prueba de Papanicolaou				<input type="checkbox"/> Presión Arterial Alta	<input type="checkbox"/> Convulsiones
Mamografía				<input type="checkbox"/> Enfermedades del Corazón	<input type="checkbox"/> Hepatitis/Ictericia
Gammagrafía Ósea				<input type="checkbox"/> TB (Tuberculosis)	<input type="checkbox"/> Tromboflebitis/ Sangre Coágulos
Cáncer de Colon				<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Enfermedades de Transmisión Sexual
Colesterol				<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> 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**

**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 después de Cesárea (VBAC)	Lista de Complicaciones <i>es decir, presión arterial alta, embarazo ectópico, diabetes gestacional, etc.</i>	Sexo del Niño	Peso del Niño
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

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

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)**

- |  |                                   |                                   |
|--|-----------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Patient Appropriate for Testing | <input type="checkbox"/> Accepted | <input type="checkbox"/> Declined |
| <input type="checkbox"/> Patient Does Not Meet Criteria  |                                   |                                   |



## AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Este aviso describe cómo puede utilizarse y divulgarse la información médica sobre ti y cómo puedes acceder a esta información. **Por favor, revísalo detenidamente.**

### TU INFORMACIÓN

Estamos obligados a mantener la privacidad de tu información sanitaria protegida (PHI) según la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (HIPAA). Tu "información sanitaria protegida" es información sobre ti creada y recibida por nosotros, incluyendo datos demográficos, que puede identificarte razonablemente y que se relaciona con tu salud física o mental pasada, presente o futura, o con el pago por la prestación de tu atención sanitaria. Si otras leyes federales o estatales ofrecen una protección más estricta para la privacidad de tu información médica, seguiremos estas otras leyes.

**TUS DERECHOS:** En lo que respecta a tu información sanitaria, tienes ciertos derechos. Esta sección explica tus derechos y algunas de nuestras responsabilidades para ayudarte.

### Obtén una copia electrónica o en papel de tu historial médico

- Puedes pedir ver o obtener una copia electrónica o en papel de tu historial médico y otra información sanitaria que tengamos sobre ti. Pregúntanos cómo hacerlo.
- Proporcionaremos una copia o un resumen de tu información sanitaria, normalmente dentro de los 30 días siguientes a tu solicitud. Podemos cobrar una tarifa razonable basada en el coste.

### Pídenos que corrijamos tu historial médico

- Puedes pedirnos que corrijamos información de salud sobre ti que consideres incorrecta o incompleta. Pregúntanos cómo hacerlo.
- Puede que digamos "no" a tu petición, pero te lo explicaremos por escrito en un plazo de 60 días.

### Solicitar comunicaciones confidenciales

- Puedes pedirnos que te contactemos de una forma específica sobre tu información médica (por ejemplo, teléfono de casa o de oficina) o que enviemos tu información médica a otra dirección.
- Diremos "sí" a todas las peticiones razonables.

### Pídenos que limitemos lo que usamos o compartimos

- Puede pedirnos que no utilizemos ni compartamos cierta información sanitaria para tratamiento, pago o nuestras operaciones. No estamos obligados a aceptar tu solicitud, y podemos decir "no" si eso afecta a tu atención.
- Si pagas de tu bolsillo un servicio o artículo sanitario en su totalidad, puedes pedirnos que no compartamos esa información con fines de pago o de nuestras operaciones con tu aseguradora de salud. Diremos "sí" a menos que una ley nos obligue a compartir esa información.

### Consigue una copia de aquellos con quienes hemos compartido información

- Puedes pedir una lista (contabilidad) de las veces que hemos compartido (divulgado) tu información médica, hasta seis años antes de la fecha en que preguntas, con quién la compartimos y por qué.
- Incluiremos todas las divulgaciones excepto las relacionadas con tratamientos, pagos y operaciones sanitarias, así como ciertas otras divulgaciones (como las que nos pidió). Ofrecemos una contabilidad al año de forma gratuita, pero cobraremos una tarifa razonable basada en costes si pides otra en un plazo de 12 meses.

### Consigue una copia de este aviso de privacidad

- Puedes solicitar una copia en papel de este aviso en cualquier momento, incluso si has aceptado recibirlo electrónicamente. Te proporcionaremos una copia en papel de forma rápida.

### **Elige a alguien que actúe por ti**

- Si has dado a alguien un poder notarial médico o si alguien es tu tutor legal, esa persona puede ejercer tus derechos y tomar decisiones sobre tu información médica. Nos aseguraremos de que la persona tenga esa autoridad y pueda actuar en su nombre antes de tomar cualquier medida.

### **Presenta una queja si sientes que se han vulnerado tus derechos**

- Puedes presentar una queja con nosotros si consideras que hemos violado tus derechos contactando con nuestra persona de contacto o oficina bajo HIPAA. No tomaremos represalias contra ti por presentar una queja.
- Para presentar una queja ante nuestra organización, por favor envíe su solicitud por escrito a:

**Oficial de Cumplimiento de HIPAA  
500 Rue de la Vie, Suite 100  
Baton Rouge, LA 70817  
(225) 201-2000**

- Puedes presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. enviando una carta a 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, llamando al 877-696-6775 o visitando [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/)

**Tus opciones:** Para cierta información sobre salud, puedes contarnos tus opciones sobre lo que compartimos. Si tienes una preferencia clara sobre cómo compartimos tu información en las situaciones descritas a continuación, contáctanos. Dinos qué quieres que hagamos y seguiremos tus instrucciones.

### **En estos casos, tienes tanto el derecho como la opción de decirnos que:**

- Comparte información con tu familia, amigos cercanos o otras personas involucradas en tu cuidado o
- Pago relacionado con tu atención
- Comparte información en una situación de ayuda en desastres
- Incluye tu información en un directorio hospitalario

*Si no puedes decirnos tu preferencia —por ejemplo, si estás inconsciente— podemos compartir tu información si creemos que es lo mejor para ti. También podemos compartir tu información cuando sea necesario para reducir una amenaza grave e inminente para la salud o la seguridad.*

### **En estos casos, nunca compartimos tu información a menos que nos des permiso por escrito:**

- Fines de marketing
- Venta de tu información sanitaria protegida
- La mayoría comparte notas de psicoterapia y notas de asesoramiento SUD según 42 CFR Parte 2

**En el caso de la recaudación de fondos:** podemos contactarte para esfuerzos de recaudación, pero puedes decirnos que no volvamos a contactarte. Respetaremos su petición de no volver a contactarle.

**NUESTROS USOS Y DIVULGACIONES:** Normalmente utilizamos o compartimos tu información sanitaria de las siguientes maneras:

### **Tratamiento:**

- Podemos compartir tu información sobre las actividades de tratamiento de otro proveedor implicado en tu atención.
- Ejemplo: Un médico que te trata por una lesión pregunta a otro médico sobre tu estado general de salud.

**Pago:**

- Podemos usar y compartir tu información sanitaria para facturar y recibir pagos de planes de salud u otros entites or individuals.
- Ejemplo: Proporcionamos información sobre ti a tu plan de seguro de salud para que este pague tus servicios

**Operaciones sanitarias:**

- Podemos utilizar y compartir tu información médica para nuestras operaciones sanitarias, y para ponernos en contacto contigo cuando sea necesario. Algunos ejemplos están usando información sobre ti para:
  - Mejorar la calidad de la atención que te ofrecemos
  - Gestión de enfermedades, gestión del bienestar o programas de salud poblacional
  - Encuestas a pacientes
  - Formación de estudiantes
  - Planificación y administración empresarial
  - Resolución de quejas de pacientes
  - Obtener o mantener una acreditación
  - Cumplimiento y servicios legales
- También podemos compartir tu información sanitaria protegida con personas o empresas (llamadas socios comerciales) que utilizamos para ayudarnos en nuestras operaciones.

**¿Cómo más podemos usar o compartir tu información de salud?** Se nos permite o está obligado a compartir tu información de otras maneras, normalmente de formas que contribuyan al bien público, como la salud pública y la investigación. Tenemos que cumplir con los requisitos legales antes de poder compartir tu información para estos fines.

- **Ayuda con cuestiones de salud pública y seguridad**

Podemos compartir información sanitaria sobre ti en determinadas situaciones como:

- Prevención de enfermedades
- Ayuda con retiradas de productos
- Notificación de reacciones adversas a medicamentos
- Denunciar sospechas de abuso, negligencia o violencia doméstica
- Prevenir o reducir una amenaza grave para la salud o seguridad de cualquier persona

- **Haz investigación**

Podemos utilizar o compartir tu información para investigaciones en salud.

- **Cumplir con la ley**

Compartiremos información sobre ti si las leyes estatales o federales lo requieren, y podemos compartirla cuando esas leyes lo permitan. Por ejemplo, si el Departamento de Salud y Servicios Humanos quiere asegurarse de que estamos cumpliendo con la ley federal de privacidad.

- **Responder a solicitudes de donación de órganos y tejidos**

Podemos compartir información sanitaria sobre ti con organizaciones de obtención de órganos.

- **Trabajar con un forense o un director funerario**

Podemos compartir información sanitaria con un forense, un forense o un director funerario cuando una persona fallece.

- **Atender solicitudes de compensación laboral, fuerzas del orden y otras solicitudes gubernamentales**

Podemos utilizar o compartir información sanitaria sobre ti:

- Para reclamaciones de compensación laboral
- Para fines policiales o con un funcionario
- Con agencias de supervisión sanitaria para actividades autorizadas por la ley
- Para funciones gubernamentales especiales como el ejército, la seguridad nacional y los servicios de protección presidencial.

- **Responder a demandas y acciones legales**

Podemos compartir información sanitaria sobre usted en respuesta a una orden judicial o administrativa, o en respuesta a una citación judicial.

- **Prueba de inmunización**

Podemos revelar prueba de inmunización a una escuela que esté obligada a tenerla antes de admitir a un estudiante cuya autorización hayas aceptado la divulgación en nombre propio o de tu dependiente.

- **Instituciones Correccionales**

Si es interno de una institución penitenciaria, podemos divulgar información necesaria para su salud y la seguridad de otras personas a la institución.

## **42 CFR PARTE 2 REGISTROS DE TRASTORNOS POR CONSUMO DE SUSTANCIAS:**

Los registros de la Parte 2 sobre la SUD son registros de la identidad, diagnóstico, pronóstico o tratamiento de cualquier paciente que se mantienen en relación con la realización de cualquier programa o actividad relacionada con la educación, prevención, formación, tratamiento, rehabilitación o investigación sobre trastornos por consumo de sustancias, que sea llevada, regulada o asistida directa o indirectamente por cualquier departamento o agencia de los Estados Unidos.

Se requiere consentimiento escrito del paciente para el uso y divulgación de los registros de trastornos por consumo de sustancias (SUDs) de la Parte 2 para tratamiento, pago y operaciones sanitarias (TPO). Este consentimiento puede estar en un único formulario de consentimiento. Las divulgaciones no TPO de estos registros SUD requieren consentimiento separado y específico.

Solo utilizaremos o divulgaremos registros de la Parte 2 de SUD en un proceso civil, penal, administrativo o legislativo contra usted cuando:

- Proporcionas consentimiento por escrito para dicho uso o divulgación; o
- Un tribunal ordena el uso o divulgación tras la provisión de un aviso adecuado y la oportunidad de ser escuchado, Y una citación u otro mandato legal obliga a la divulgación.

### **Nuestras responsabilidades**

- Por ley estamos obligados a mantener la privacidad de tu información sanitaria protegida.
- Te informaremos de inmediato si ocurre una brecha que pueda haber comprometido la privacidad o seguridad de tu información.
- Debemos seguir los deberes y prácticas de privacidad descritos en este aviso y proporcionarle una copia.

### **Otros usos y divulgaciones de la información sanitaria**

Otras formas en que compartimos y utilizamos tu información sanitaria no cubierta por este aviso solo se harán con tu autorización por escrito. Si nos autoriza a usar o divulgar su información sanitaria, puede cancelar esa autorización por escrito en cualquier momento. Sin embargo, la cancelación no se aplicará a la información que ya hayamos utilizado y divulgado basándonos en la autorización anterior.

### **Cambios en los términos de este Aviso**

We may change the terms of this notice at any time and the changes will apply to all health information we have about you. The current notice will be available upon request and on our website.

<https://www.lwha.com>

Firma del paciente: \_\_\_\_\_