

Información sobre el paciente de Radioncología

Nombre del paciente _____ Fecha de nacimiento: _____ Fecha: _____
 ¿Cómo prefiere que lo llamen? _____ Lugar de nacimiento: _____
 Lengua materna _____ Idioma de preferencia _____
 Teléfono móvil _____ Teléfono fijo _____ Otro teléfono _____
 Correo electrónico _____ ¿Forma parte de un ensayo clínico? _____

Familia/Apoyo:

Nombre	Relación	Número de teléfono
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Instrucciones anticipadas	Sí	No	
¿Tiene instrucciones anticipadas?			¿De qué tipo? *Por favor tráigalas a su consulta
En caso de no tener esto, ¿le gustaría obtener más información?			

Tema	Sí	No	Comentarios
¿Comprende por qué se está reuniendo con nosotros?			
¿Vive en algún lugar que no sea un domicilio particular?			Centro de retiro Alojamiento/Cuidado Nombre:
¿Fuma tabaco?			¿Hace cuánto tiempo? ¿Cuánto?
¿Consume tabaco sin humo?			¿Hace cuánto tiempo? ¿Cuánto?
¿Le gustaría obtener información para dejar de fumar?			
¿Alguna vez fumó?			¿Hace cuánto tiempo? ¿Cuánto?
¿Bebe alcohol?			t Nunca t Casi nunca t De forma moderada t A diario
¿Le resultará difícil el traslado para obtener los tratamientos diarios?			En caso afirmativo, por favor explique:
¿Podría estar embarazada?			Fecha del último periodo menstrual:
¿Se siente espiritualmente bien?			
¿Siente actualmente depresión o ansiedad?			¿Cómo maneja generalmente el estrés?
¿Tiene algún pasatiempo?			¿Cuáles?:
¿Está jubilado?			Desde:
¿Trabaja?			Profesión:

(Por favor continuar al reverso del formulario)



Antecedentes quirúrgicos Por favor anote las cirugías y la fecha o año aproximado--

Cirugía	Fecha	Cirugía	Fecha

¿Tiene alguna reacción alérgica a algún medicamento, alimento o látex?

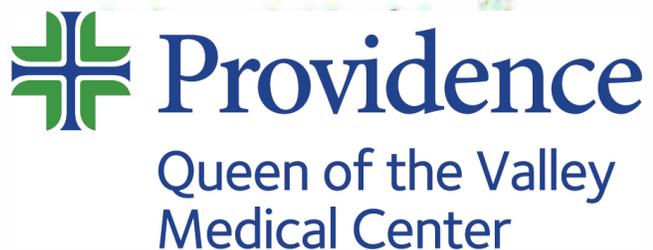
Problemas de salud-Por favor marque con una "X" todo lo que corresponda:

	Marque con una "X" y comente		Marque con una "X" y comente
Anemia/Sangra con facilidad		Radioterapia previa	
Coágulos		Quimioterapia previa	
Problemas cardíacos **Nombre del cardiólogo:		Dispositivo implantable (**Marcapasos, catéter ...)	
Angina de pecho		Problemas de tiroides	
Artritis/Osteoporosis		Diabetes	
Estreñimiento/Diarrea		Hipertensión	
Convulsión		Problemas gastrointestinales	
Accidente cerebrovascular		Bolsa de colostomía	
Hepatitis		Problemas pulmonares	
Problemas renales		Lupus/Esclerodermia	
Diálisis		Problemas dentales/bucales: **Dentista:	

Anote abajo cualquier problema de salud pasado o actual que no figure en la lista anterior:

Medicamentos-En otra hoja, por favor anote los medicamentos (con receta o de venta libre) que toma actualmente.

****Farmacia de preferencia :** _____



Formulario de información sobre hospitales y médicos

Para poder entender mejor su problema de salud y mantener a su médico informado sobre su progreso, le pedimos que complete el siguiente formulario, anotando los datos del médico que lo atiende actualmente y todos los médicos y hospitales que hayan tratado su problema de salud actual. Incluya el hospital donde se haya operado o realizado estudios de diagnóstico. Si necesita más espacio, utilice el reverso de la hoja.

Nombre del médico: _____

Especialidad: _____

Nombre del grupo: _____

Dirección del consultorio: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono: _____ Fax: _____

Nombre del médico: _____

Especialidad: _____

Nombre del grupo: _____

Dirección del consultorio: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono: _____ Fax: _____

Nombre del médico: _____

Especialidad: _____

Nombre del grupo: _____

Dirección del consultorio: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono: _____ Fax: _____

Nombre del médico: _____

Especialidad: _____

Nombre del grupo: _____

Dirección del consultorio: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono: _____ Fax: _____

Nombre del hospital: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono: _____ Fax: _____

Nombre del hospital: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono: _____ Fax: _____

Queen of the Valley Medical Center

Entrada y estacionamiento del Centro Oncológico



Entrada del Hospital
por el lado oeste

Trancas Street

Queen of the Valley Medical Center

1000 Trancas St.
Napa, CA 94558



Centro oncológico

Trancas Street



Synergy

Trancas St

Ingresa por la calle Trancas Street en el lado oeste del campus.

Pasa la sala de emergencias (ED, en inglés).

Estaciona en frente del Centro Oncológico (CC, en inglés).

El centro se encuentra justo antes del Centro de Maternidad (MC, en inglés).



Providence

Queen of the Valley Medical Center



Pases de estacionamiento para los pacientes del Centro Oncológico

**Colóquelo en el tablero de su automóvil
durante su visita al Centro Oncológico**