



Cancer Care

Bienvenido a HonorHealth Cancer Care. Nuestras ubicaciones en todo el valle lo ponen a usted, el paciente, en el centro de todo lo que hacemos. Nuestro equipo de especialistas está comprometido a brindarle una atención coordinada excepcional.

Antes de su visita

Antes de su visita se le solicita que imprima y complete el Paquete para pacientes nuevo adjunto. Estamos conscientes de que es posible que anteriormente haya proporcionado información a otros proveedores de HonorHealth y comprendemos que esto le parezca redundante. Sin embargo, dado que los antecedentes de salud y las circunstancias cambian continuamente, es importante que nuestro equipo tenga su información más reciente y actualizada para brindarle la mejor atención personalizada.

Aplicación MyChart

Para simplificar su atención médica, se le recomienda descargar y registrarse en la aplicación MyChart. MyChart es un sitio web seguro que le brinda acceso a su información de salud de manera rápida y conveniente desde su computadora, teléfono inteligente o tableta. Visite HonorHealth.com/mychart obtener más información sobre las ventajas de MyChart y recibir instrucciones sobre cómo registrarse.

Si tiene preguntas, no dude en comunicarse con su médico. También puede llamar al 855-485-HOPE (4673) para obtener información y apoyo.

Es un honor servirles durante este tiempo.

REGISTRO DE PACIENTES

División de Hematología/Oncología Médica y Ginecología

Nombre completo del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

No. Seguro Social: _____ Dirección de correo electrónico: _____ Género: M FDomicilio: _____
Calle Ciudad Estado Código PostalDirección postal: _____
Calle Ciudad Estado Código Postal

Teléfono residencial: _____ Teléfono del trabajo: _____

Teléfono móvil: _____ telefonía móvil del médico: _____

¿Preferencia de notificación? Teléfono móvil Correo electrónico Mensaje de texto Teléfono residencial

¿Se le puede dejar mensaje? (círculo) Sí o No Indique su preferencia para mensaje de voz: Casa o Teléfono móvil

Apellido de soltera de su mamá/madres: _____

Contacto de emergencia: _____ Relación con el paciente: _____

Estado civil: Soltero(a) Casado(a) Divorciado(a) Viudo(a)Entidad: Hispano o Latino No Hispano ni latino (pregunta demográfica requerida por el Estado de AZ)Raza: Indio-americano o Nativo de Alaska Asiático Negro o Afro-americano Blanco/Caucásico
 Nativo de Hawái Otros isleños del Pacífico Otro: _____

Preferencia religiosa: _____

Idioma preferido: Inglés Español Francés Chino Otro: _____Discapacidad visual: Si No

Empleador del paciente: _____ Ocupación: _____

Seguro médico primario: _____ Nombre del suscriptor: _____

Fecha de nacimiento del suscriptor: _____ Relación con el suscriptor: _____

No. de identificación: _____ No. de grupo: _____

¿Cuenta con un testamento? Sí No De ser así, proporcione una copia para nuestros registros
¿Cuenta con orden de no resucitar? Sí No De ser así, proporcione una copia para nuestros registros

ANTECEDENTES DE SALUD DEL PACIENTE

División de Hematología/Oncología Médica y Ginecología

Fecha de la visita: _____

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Razón por la visita: _____

Cuándo inició el problema: _____

MEDICO QUE LE REFIERE (NOMBRE, DIRECCIÓN, NO. DE TELÉFONO) _____

DOCTOR PRIMARIO (NOMBRE, DIRECCIÓN, NO. DE TELÉFONO) _____

FARMACIA DEL PACIENTE (NOMBRE, DIRECCION, # DE TELEFONO) _____

ALERGIAS A MEDICAMENTOS/ALIMENTOS/LATEX/CONTRASTE: _____ NINGUNA o ENUMERE SI HAY ALGUNA: _____

MEDICAMENTOS ACTUALES (nombre y dosis) O **INDIQUE AQUI** _____ si se adjunta la lista de medicamentos

1. _____

5. _____

2. _____

6. _____

3. _____

7. _____

4. _____

8. _____

CONDICIONES CRÓNICAS/ANTECEDENTES MÉDICOS: ¿Alguna vez ha tenido alguno de los siguientes? (circule todos lo que apliquen)

Presión arterial alta

Diabetes - De ser así, qué tipo:

Accidente cerebrovascular/AIT

Lupus

Insuficiencia cardíaca

Enfermedad vascular

Enfermedad del corazón

Ataque al corazón

Convulsiones

Colitis/Diverticulitis

Ansiedad

Depresión

EPOC

Hipertiroidismo

Ritmo cardíaco anormal

Fibrilación auricular

Soplo cardíaco

Neuropatía

Hipotiroidismo

Aneurisma

Coágulos sanguíneos

Trastornos genéticos, qué tipo: _____

ETS - De ser así, qué tipo: _____

VIH

Otro: _____

¿Se ha realizado alguna de las siguientes pruebas?

	Sí	Cuándo y dónde
Biopsia anormal	<input type="checkbox"/>	
Escaneo de tomografía computarizada (TC)	<input type="checkbox"/>	
Imagen por resonancia magnética (IRM)	<input type="checkbox"/>	
Escaneo de tomografía por emisión de positrones (TEP)	<input type="checkbox"/>	
Mamografía	<input type="checkbox"/>	
Colonoscopia	<input type="checkbox"/>	
Papanicolaou	<input type="checkbox"/>	
Endoscopia	<input type="checkbox"/>	
Transfusiones de sangre	<input type="checkbox"/>	
Prueba de densidad ósea (DEXA)	<input type="checkbox"/>	

ANTECEDENTES DE SALUD DEL PACIENTE

División de Hematología/Oncología Médica y Ginecología

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS DEL PACIENTE (NOMBRE Y AÑO)

- | | |
|----------|----------|
| 1. _____ | 4. _____ |
| 2. _____ | 5. _____ |
| 3. _____ | 6. _____ |

¿Algún dispositivo o metal implantado? (marcapasos, bombas, etc.) Indique: **SÍ** **NO**

VACUNAS: Tiene alguna de las siguientes vacunas:

- | | | | | | |
|--------------------|-----------------------------|--|------------------|-----------------------------|--|
| NEUMONÍA | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SÍ, Fecha _____ | TÉTANOS | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SÍ, FECHA _____ |
| CULEBRILLA | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SÍ, Fecha _____ | INFLUENZA | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SÍ, FECHA _____ |
| OTRA VACUNA | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SÍ, Fecha _____ | | | |

CONSUMO DE TABACO: NUNCA ACTUALMENTE ANTERIORMENTE **CONSUMO DE ALCOHOL:** NUNCA ACTUALMENTE ANTERIORMENTE

CAFEÍNA (Café, té, bebidas energéticas) NUNCA POCAS VECES DIARIO

CONSUMO DE DROGAS: NUNCA ACTUALMENTE ANTERIORMENTE **EXPOSICIÓN AL VIH:** SÍ NO

ANTECEDENTES SOCIALES: Estilo de vida

Nivel educativo más alto: _____

¿Con quién vive? _____

¿Hace ejercicio? Nunca Algunas veces 30 minutos, 3 veces a la semana o más

¿Ha experimentado una pérdida o aumento de peso de 10 libras en los últimos 3 meses? NO SÍ

ANTECEDENTES SOCIALES: Movilidad

¿Tiene problemas con la movilidad (usa silla de ruedas, bastón o andadera)? NO SÍ; de ser así describa el problema y/o el aparato que utiliza: _____

¿Ha tenido una caída en el último año? NO SÍ

¿Siente que le falta el equilibrio? NO SÍ

ANTECEDENTES MÉDICOS FAMILIARES

¿VIVE Y SE ENCUENTRA EN BUEN ESTADO DE SALUD? **ENFERMO/A** **SI FALLECIÓ, LA CAUSA Y EDAD AL MOMENTO DE LA MUERTE**

PADRE NO SÍ _____

MADRE NO SÍ _____

¿Algún antecedente de cáncer en la familia? _____

¿Hay alguna consideración religiosa que le impida recibir productos de sangre? NO SÍ

Solo para mujeres ---

Edad que inició el ciclo menstrual: _____ Edad de la menopausia: _____ Número de embarazos: _____ Nacimientos vivos: _____

ANTECEDENTES DE SALUD DEL PACIENTE

División de Hematología/Oncología Médica y Ginecología

SÍNTOMAS CONSTITUCIONALES			OJOS (Continuación)		
CAMBIO EN SUS ACTIVIDADES	NO	SÍ	ENROJECIMIENTO DE LOS OJOS (OJOS SECOS)	NO	SÍ
CAMBIO EN EL APETITO	NO	SÍ	MIODESOPSIA	NO	SÍ
ESCALOFRÍOS	NO	SÍ	FOTOFOBIA (SENSIBILIDAD A LA LUZ)	NO	SÍ
DIAFORESIS (SUDORACIÓN)	NO	SÍ	ALTERACIÓN VISUAL	NO	SÍ
CANSANCIO (DEBILIDAD)	NO	SÍ	RESPIRATORIO		
FIEBRE	NO	SÍ	DISNEA AL ESFORZARSE (DIFICULTAD PARA RESPIRAR AL HACER ESFUERZO)	NO	SÍ
SUDORACION NOCTURNA	NO	SÍ	OPRESIÓN EN EL PECHO	NO	SÍ
DOLOR	NO	SÍ	AHOGAMIENTO	NO	SÍ
TEMBLORES (ESCALOFRÍOS)	NO	SÍ	TOS	NO	SÍ
CAMBIO DE PESO INESPERADO	NO	SÍ	HEMOPTISIS (TOS CON SANGRE)	NO	SÍ
CABEZA, OÍDOS, OJOS, NARIZ Y GARGANTA			FALTA DE ALIENTO (DIFICULTAD AL RESPIRAR)	NO	SÍ
CONGESTIÓN	NO	SÍ	ESTRIDOR	NO	SÍ
PROBLEMA DENTAL	NO	SÍ	SIBILANCIAS (ASMA)	NO	SÍ
BOCA SECA	NO	SÍ	CARDIOVASCULAR		
DOLOR DE OÍDO	NO	SÍ	DOLOR EN EL PECHO	NO	SÍ
HINCHAZÓN FACIAL	NO	SÍ	HINCHAZÓN DE LAS PIERNAS	NO	SÍ
PÉRDIDA DE CABELLO	NO	SÍ	ORTOPNEA	NO	SÍ
PÉRDIDA DE LA AUDICIÓN	NO	SÍ	PALPITACIONES	NO	SÍ
ÚLCERAS BUCALES	NO	SÍ	DPN (DISNEA PAROXÍSITICA NOCTURNA)	NO	SÍ
HEMORRAGIAS NASALES	NO	SÍ	GASTROINTESTINAL		
GOTEO POSTNASAL	NO	SÍ	DISTENCIÓN ABDOMINAL	NO	SÍ
RINORREA (SECRECIÓN NASAL)	NO	SÍ	DOLOR ABDOMINAL	NO	SÍ
PRESIÓN SINUSAL	NO	SÍ	SANGRADO DEL AÑO	NO	SÍ
DOLOR DE GARGANTA	NO	SÍ	ASCITIS (HINCHAZÓN ABDOMINAL)	NO	SÍ
CAMBIOS EN EL GUSTO	NO	SÍ	SANGRE EN LAS HECES (HECES NEGRAS)	NO	SÍ
CANDIDIASIS BUCAL/ALGODONCILLO	NO	SÍ	ESTREÑIMIENTO	NO	SÍ
TINNITUS (ZUMBIDO EN LOS OÍDOS)	NO	SÍ	DIARREA	NO	SÍ
DIFICULTAD PARA TRAGAR	NO	SÍ	SACIEDAD TEMPRANA (SENTIRSE LLENO)	NO	SÍ
CAMBIO DE VOZ	NO	SÍ	ERGE/ ACIDEZ ESTOMACAL	NO	SÍ
SENOS			NÁUSEAS Y VÓMITO	NO	SÍ
PEZÓN DERECHO INVERTIDO	NO	SÍ	HERNIA	NO	SÍ
BULTO EN EL SENO DERECHO	NO	SÍ	ENDOCRINO		
SECRECIÓN DEL PEZÓN DERECHO	NO	SÍ	INTOLERANCIA AL FRÍO	NO	SÍ
CAMBIO EN LA PIEL DEL SENO	NO	SÍ	DIABETES	NO	SÍ
PEZÓN IZQUIERDO INVERTIDO	NO	SÍ	INTOLERANCIA AL CALOR	NO	SÍ
BULTO EN EL SENO IZQUIERDO	NO	SÍ	SOFOCOS/BOCHORNOS	NO	SÍ
SECRECIÓN DEL PEZÓN IZQUIERDO	NO	SÍ	POLIDIPSIA (MUCHA SED)	NO	SÍ
CAMBIO EN LA PIEL DEL SENO	NO	SÍ	POLIFAGIA (ALIMENTACIÓN EXCESIVA)	NO	SÍ
OJOS			POLIURIA (MICCIÓN EXCESIVA)	NO	SÍ
VISIÓN BORROSA	NO	SÍ	PRE-DIABETES	NO	SÍ
VISIÓN DOBLE	NO	SÍ	GENITOURINARIO		
SECRECIÓN OCULAR	NO	SÍ	DISURIA (DOLOR/DIFICULTAD PARA ORINAR, DIFICULTAD PARA INICIAR LA MICCIÓN)	NO	SÍ
PICAZÓN/COMEZÓN EN LOS OJOS	NO	SÍ	DOLOR DE COSTADO	NO	SÍ
DOLOR DE OJO	NO	SÍ			

ANTECEDENTES DE SALUD DEL PACIENTE

División de Hematología/Oncología Médica y Ginecología

CONTINUACIÓN DE GENITOURINARIO			PSIQUIÁTRICO		
MICCIÓN FRECUENTE	NO	SÍ	AGITACIÓN	NO	SÍ
HEMATURIA (SANGRE EN LA ORINA)	NO	SÍ	PROBLEMA DE COMPORTAMIENTO	NO	SÍ
INCONTINENCIA	NO	SÍ	CONFUSIÓN	NO	SÍ
NOCTURIA (MICCIÓN FRECUENTE DURANTE LA NOCHE)	NO	SÍ	DISMINUCIÓN DE LA CONCENTRACION	NO	SÍ
SECRECIÓN DEL PENE	NO	SÍ	DEPRESIÓN	NO	SÍ
DOLOR DEL PENE	NO	SÍ	HALUCINACIONES	NO	SÍ
HINCHAZÓN DEL PENE	NO	SÍ	HIPERACTIVO	NO	SÍ
HINCHAZÓN DEL ESCROTO	NO	SÍ	NERVIOSO/ANSIOSO (ATAQUES DE PÁNICO)	NO	SÍ
DOLOR TESTICULAR	NO	SÍ	AUTOLESIÓN	NO	SÍ
URGENCIA PARA ORINAR	NO	SÍ	TRASTORNOS DEL SUEÑO (INSOMNIO)	NO	SÍ
DISMINUCIÓN DE LA ORINA	NO	SÍ	IDEAS SUICIDAS	NO	SÍ
MUSCULOESQUELÉTICO			IDEAS HOMICIDAS	NO	SÍ
ARTRALGIAS (DOLOR DE ARTICULACIÓN/HUESO)	NO	SÍ	GINECOLÓGICO		
DOLOR DE ESPALDA	NO	SÍ	FLUJO VAGINAL	NO	SÍ
PROBLEMA AL CAMINAR (CAMINA DE MANERA ANORMAL)	NO	SÍ	DOLOR VAGINAL	NO	SÍ
HINCHAZÓN DE LAS ARTICULACIONES	NO	SÍ	SANGRADO ANORMAL	NO	SÍ
MIALGIAS (DOLOR MUSCULAR)	NO	SÍ			
DOLOR DE CUELLO	NO	SÍ			
RIGIDEZ EN EL CUELLO	NO	SÍ			
PIEL					
FORMACIÓN DE AMPOLLAS	NO	SÍ			
LUNARES QUE CAMBIAN (LESIONES EN LA PIEL)	NO	SÍ			
CAMBIO DE COLOR DE LA PIEL	NO	SÍ			
ALERGIA/SISTEMA INMUNE					
ALERGIAS AMBIENTALES/ESTACIONALES	NO	SÍ			
ALERGIAS A ALIMENTOS	NO	SÍ			
INMUNOCOMPROMETIDO	NO	SÍ			
QUÍMICOS EN EL LUGAR DE TRABAJO	NO	SÍ			
NEUROLÓGICO					
NEUROPATIA DOLOROSA	NO	SÍ			
MAREO	NO	SÍ			
ASIMETRÍA FACIAL	NO	SÍ			
DOLORES DE CABEZA	NO	SÍ			
ATURDIMIENTO	NO	SÍ			
FALTA DE SENSIBILIDAD/HORMIGUEO	NO	SÍ			
CONVULSIONES	NO	SÍ			
DIFICULTAD DEL HABLA	NO	SÍ			
SINCOPE (ESTADO DE CONCIENCIA ALTERADO)	NO	SÍ			
TEMBLOR	NO	SÍ			
DEBILIDAD (PARALISIS)	NO	SÍ			
HEMATOLÓGICO					
ADENOPATIA (GLANDULAS ENGRANDECIDAS)	NO	SÍ			
MORETONES/SANGRA CON FACILIDAD	NO	SÍ			
LINFEDEMA	NO	SÍ			
PETEQUIAS (SANGRADO DEBAJO DE LA PIEL)	NO	SÍ			
PÚRPURA (ERUPCIÓN CUTÁNEA)	NO	SÍ			

CUESTIONARIO SOBRE EL CANCER HEREDITARIO

Información personal

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Genero (M/F): _____
 Fecha de hoy (MM/DD/AA): _____ Nombre del proveedor de atención médica: _____

Instrucciones: Esta es una herramienta de detección para los cánceres que se presentan en las familias. Indique con una (S) para aquellos que se aplican a USTED y / o SU FAMILIA. Enseguida de cada declaración, enumere la(s) relación(es) con usted y la edad que se diagnosticó para cada cáncer en su familia. **Debe considerarse a usted mismo y a los siguientes parientes consanguíneos cercanos:** Usted, padres, hermanos, hermanas, hijos, hijas, abuelos, nietos, tías, tíos, sobrinos, sobrinas, medios hermanos, primos hermanos, bisabuelos y bisnietos

Antecedentes de cáncer de USTED y SU FAMILIA (Por favor sea lo más detallado y preciso como sea posible)

	CANCER	USTED EDAD DE SU DIAGNOSTICO	PADRES / HERMANOS / HIJOS	EDAD DE Diagnostico	PARIENTES MATERNOS	EDAD DE Diagnostico	PARIENTES PATERNOS	EDAD DE Diagnostico
<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	EJEMPLO: CÁNCER DE MAMA	45	—	—	Tía Prima	45 51	Abuela	55
<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	CÁNCER DE MAMA (Mujer u hombre)							
<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	CÁNCER DE OVARIO (Peritoneal/ Trompa de Falopio)							
<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	CÁNCER DE UTERO (ENDOMETRIAL)							
<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	CÁNCER DE COLONRECTAL							
<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	10 o más POLIPOS GASTROINTESTINALES EN EL TRANCURSO DE SU VIDA (especifique cuantos)							
<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	OTRO(S) CANCER(ES) (Especifique el tipo de cáncer)	<small>Entre otros, considere los siguientes cánceres: melanoma, páncreas, estómago (gástrico), próstata, cerebro, riñón, vejiga, intestino delgado, sarcoma, tiroides</small>						

- S N ¿Es usted de ascendencia judía asquenazi?
 S N ¿Le preocupan sus antecedentes personales y/o familiares de cáncer?
 S N ¿Usted o alguien de su familia se ha realizado pruebas genéticas para detectar algún síndrome de cáncer hereditario? (De ser posible, explique/incluya una copia de los resultados)

Señales de alerta del cáncer hereditario (Para completar con su proveedor de atención médica - Indique todos los que correspondan)

Antecedentes personales y/o familiares de cualquiera de los siguientes:

<input type="checkbox"/>	Múltiple Una combinación de cánceres en el mismo lado de la familia:	<input type="checkbox"/> 2 o más: cáncer de mama / ovario / próstata / páncreas <input type="checkbox"/> 2 o más: colorrectal / endometrio / ovario / gástrico / pancreático / otro (i.e., uréter/renal, pelvis, tracto biliar, intestino delgado, cerebro, adenomas sebáceos) <input type="checkbox"/> 2 o más: melanoma / páncreas
<input type="checkbox"/>	Joven Cualquiera de los siguientes a la edad de <u>50 años o menor</u> :	<input type="checkbox"/> Cáncer de mama <input type="checkbox"/> Cáncer colorrectal <input type="checkbox"/> Cáncer del endometrio
<input type="checkbox"/>	Poco común Cualquiera de estas presentaciones que son poco comunes a <u>cualquier edad</u> :	<input type="checkbox"/> Cáncer de ovario <input type="checkbox"/> Mama: Cáncer de mama masculino o cáncer de mama triple negativo <input type="checkbox"/> Cáncer colorrectal con MSI/IHC anormal, o histología asociada a MSI <input type="checkbox"/> Cáncer del endometrio con MSI/IHC anormal <input type="checkbox"/> 10 o más pólipos gastrointestinales*

Presencia de linfocitos infiltrantes en el tumor, reacción linfocítica tipo Crohn, diferenciación mucinosa/en anillo de sello o patrón de crecimiento medular tipo adenomatoso

Los criterios de evaluación se basan en las directrices de la sociedad médica. Para conocer las pautas individuales de la sociedad médica, visite a www.MyriadPro.com

Revisión de la evaluación del riesgo de cáncer hereditario (Para completar después de consultarlo con su proveedor de atención médica)

Firma del paciente _____ Fecha _____

Firma del proveedor de atención médica _____ Fecha _____

Para uso exclusivo de la oficina: Patient offered hereditary cancer genetic testing? YES NO ACCEPTED DECLINED

Follow-up appointment scheduled: YES NO Date of Next Appointment _____



Cancer Care

Financial Counselor introduction

En HonorHealth, lo último que deseamos es que su atención sea frustrante. Una de las maneras en que vamos más allá de su atención es reuniéndonos con usted antes de iniciar el tratamiento. Comentaremos sobre los costos y las opciones que pueden ayudar a aliviar cualquier carga financiera inesperada de su tratamiento. Nuestros asesores financieros le proporcionarán información financiera sobre los beneficios de su seguro médico (incluidos detalles sobre el estado de su deducible y la responsabilidad de pago propio), así como nuestras políticas de pago. Determinar sus necesidades financieras no es un ejercicio de una sola ocasión: nuestros asesores financieros se reunirán con usted y su familia regularmente para actualizar cualquier cambio en su cobertura de seguro y reevaluar sus recursos financieros a lo largo de su plan de tratamiento. Dado que recibirá tratamientos de infusión o inyecciones en una de nuestras clínicas, así es como nuestro equipo le apoyará:

- Una vez prescrito el tratamiento, nuestro equipo de autorización verificará los requisitos de autorización para su seguro. Los miembros de nuestro equipo iniciarán el proceso de autorización para garantizar que su tratamiento pueda comenzar de manera oportuna.
- Nuestros asesores financieros se comunicarán con usted antes de comenzar el tratamiento para explicarle su cobertura de seguro, revisar sus beneficios y discutir su responsabilidad financiera estimada en función de la información proporcionada por su seguro.
- Una vez que se haya recibido su autorización, nuestro equipo continuará siguiendo su tratamiento para garantizar que se aborden las necesidades de autorización en curso.
- Nuestros asesores financieros también revisarán las posibles opciones de asistencia financiera del fabricante (si corresponde), fundaciones de terceros y cualquier programa disponible a través de HonorHealth.
- Si su médico ordena un tratamiento que su seguro no autoriza, trabajaremos con la compañía farmacéutica para solicitar cualquier programa de asistencia aplicable para usted. Nuestros asesores trabajarán con usted para completar los formularios de asistencia financiera y enviarlos por usted.

Los asesores financieros están disponibles de 7:30 a.m. a 3:30 p.m., de lunes a viernes para responder sus preguntas y discutir su plan de tratamiento. Encontrará su información de contacto en este paquete.

Gracias por elegir HonorHealth. Esperamos hacer un esfuerzo adicional por usted.

Laura Luna

Manager-Patient Access

Laluna@honorhealth.com

Financial Counselors:

Celia Navarrette

Janna Underwood

Angelee Blasi

Andie Mariano

Leslie Thomas

Connie Obregon

Aurora Hensley

Christie Larman

Consentimiento de Comunicación Forma

Este formulario nos ayuda a entender cómo desea que nos comuniquemos con usted, o con otros, sobre la atención que le brindamos. Puede elegir qué modos de comunicación desea que utilicemos y con quién podemos compartir información. Es posible que necesitemos comunicar los resultados de las pruebas, la información de la receta o responder a un mensaje que dejó en el consultorio de su médico. Al completar este formulario, usted entiende lo siguiente:

- Este formulario nos da permiso para comunicarnos con usted de la manera que usted elija.
- Puede cambiar sus decisiones sobre este formulario en cualquier momento completando un nuevo formulario. No podemos cambiar la información de este formulario por teléfono. Si desea cambiar algo en este formulario, es su responsabilidad ponerse en contacto con nosotros para completar un nuevo formulario. Se le pedirá que revise o actualice este formulario al menos una vez al año en su próxima visita a nuestra oficina.
- Si nos da permiso para comunicar su información de salud a otra persona, comprende que esto podría incluir cualquier información en su registro médico, incluidos los resultados de pruebas, medicamentos, diagnósticos, procedimientos, etc.
- Usted comprende que sus decisiones en este formulario se aplican a las comunicaciones realizadas hacia o desde los consultorios médicos de HonorHealth y no en otros lugares dentro de HonorHealth (por ejemplo, hospital para pacientes hospitalizados).
- Usted ha recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de HonorHealth y comprende otras formas en que HonorHealth puede usar o divulgar su información de salud que no figura en este formulario.

Nombre del paciente: _____ **MRN:** _____

Por favor, díganos cómo le gustaría que le comunicáramos la información marcando todas las casillas que corresponden:

Puede ponerse en contacto conmigo por teléfono/mensaje de texto/correo de voz:

Celular **Casa** (_____) _____ - _____

Puede ponerse en contacto conmigo por electrónico. Dirección de electrónico: _____

Nombre y número de teléfono	Relación de esta persona contigo	Información que podemos compartir (Casilla de verificación)
		<input type="checkbox"/> Información de facturación <input type="checkbox"/> Información de citas <input type="checkbox"/> Información médica
		<input type="checkbox"/> Información de facturación <input type="checkbox"/> Información de citas <input type="checkbox"/> Información médica
		<input type="checkbox"/> Información de facturación <input type="checkbox"/> Información de citas <input type="checkbox"/> Información médica

Al firmar a continuación, nos permite comunicarle su información de salud y nos permite compartir su información de salud con otras personas, como se indicó anteriormente. Lleve este formulario al consultorio de su médico para que lo carguen en su registro médico como referencia. Este formulario no se puede recibir por correo electrónico o fax.

Nombre del paciente

Firma del paciente

Fecha de la firma

Representante Legal del Paciente

Firma del Representante Legal

Fecha de la firma del representante legal del paciente