



Last Name (Apellido) _____ First Name (Nombre) _____ MI _____
 DOB (Fecha de nacimiento) _____ Age (Edad) _____
 Social Security # (Seguro social) _____ Sex: (Sexo) Male (Hombre) Female (Mujer)
 Address (Dirección) _____
 City (Ciudad) _____ State (Estado) _____ Zip (Código postal) _____
 Home Tel. (Tel. fijo) _____ Work Tel. (Tel. trabajo) _____ Cell (Móvil) _____

To receive an invitation to join **Follow My Health** - our secure online patient portal, please provide your e-mail address below.
 (Si desea recibir una invitación para unirse a nuestro portal seguro para pacientes, escriba su dirección de correo electrónico.)

Email (Correo electrónico) _____

Marital Status: (Estado civil) Single (Soltero/a) Married (Casado/a) Divorced (Divorciado/a)
 Widowed (Viudo/a) Separated (Separado/a)

Employment Status: (Estado de empleo) Full Time (Tiempo completo) Part Time (Tiempo Parcial) Not Employed (Desempleado)
 Retired (Jubilado) Self Employed (Por cuenta propia) Military Duty (Servicio Militar)

Student: (Estudiante) Full Time (Tiempo completo) Part Time (Tiempo Parcial) Not a Student (No soy estudiante)

Employer: (Empleador) Name (Nombre) _____
 Address (Dirección) _____ Phone (Tel.) _____

Referring Physician (Médico remitente) _____ Phone (Teléfono) _____
 Primary Physician (Médico de cabecera) _____ Phone (Teléfono) _____
 Other Physician (Otro médico) _____ Phone (Teléfono) _____

Do you have a Designated Conservator or Power of Attorney? Yes (Sí) No Name (Nombre) _____
 (Tiene usted un abogado o alguien encargado de conservar sus documentos?) Phone (Teléfono) _____

Do you reside in a Skilled Nursing Facility or Convalescent Facility? Yes (Sí) No Name (Nombre) _____
 (¿Reside usted en un centro de enfermería especializada o de convalecencia?) Phone (Teléfono) _____
 Start Date (Fecha de inicio) _____

Are you enrolled in Hospice? Yes (Sí) No Name (Nombre) _____
 (¿Inscrito/a en un Hospicio?) Phone (Teléfono) _____
 Start Date (Fecha de inicio) _____

EMERGENCY CONTACT INFORMATION (Contacto en caso de emergencia)

First Name (Nombre) _____ MI _____ Home Phone Number (Teléfono de casa) _____
 Last Name (Apellido) _____ Work Phone Number (Teléfono de trabajo) _____
 Relationship (Relación) _____ Cell Phone Number (Teléfono celular) _____



Patient Name *(Nombre de paciente)* _____

Primary Insurance: *(Seguro Primario)* Insurance Company Name *(Nombre de seguro)* _____
Policy # *(Poliza)* _____ Group# *(Grupo)* _____

POLICY HOLDER INFORMATION SAME AS PATIENT INFORMATION *(Información del titular de póliza igual que información del paciente)*

Policy Holder Name *(Nombre del titular de póliza)* _____
Relationship to Patient: *(Relación con paciente)* Spouse *(Cónyuge)* Parent *(Pariente)* Other: *(Otro)* _____
Social Security # *(Número de Seguro social)* _____ DOB *(Fecha de nacimiento)* _____
Employer *(Empleador)* _____ Employer Phone *(Tel. de empleador)* _____
Employer Address *(Dirección de empleador)* _____

Secondary Insurance: *(Seguro Secundario)* Insurance Company Name *(Nombre de seguro)* _____
Policy # *(Poliza)* _____ Group# *(Grupo)* _____

POLICY HOLDER INFORMATION SAME AS PATIENT INFORMATION *(Información del titular de póliza igual que información del paciente)*

Policy Holder Name *(Nombre del titular de póliza)* _____
Relationship to Patient: *(Relación con paciente)* Spouse *(Cónyuge)* Parent *(Pariente)* Other: *(Otro)* _____
Social Security # *(Número de Seguro social)* _____ DOB *(Fecha de nacimiento)* _____
Employer *(Empleador)* _____ Employer Phone *(Tel. de empleador)* _____
Employer Address *(Dirección de empleador)* _____

Race: *(Raza)* American Indian or Alaska Native *(Nativo/a de América o Alaska)* Other Pacific Islander *(Insular del Pacífico)*
 Asian *(Asiático/a)* White *(Blanco)*
 Black or African American *(Negro/a o afroamericano/a)* More Than One Race *(Más de una raza)*
 Native Hawaiian *(Nativo/a hawaiano/a)* Decline to State *(Me abstengo a declarar)*

Ethnicity: *(Etnia)* Hispanic or Latino *(Hispano/a o latino/a)* Not Hispanic or Latino *(No soy hispano/a o latino/a)*
 Decline to State *(Me abstengo a declarar)*

Language: *(Idioma)* English *(Inglés)* Creole *(Criollo)* German *(Alemán)* Other: *(Otro)* _____
 Spanish *(Español)* Tagalog *(Tagalo)* Arabic *(Árabe)* _____
 French *(Francés)* Russian *(Ruso)* Portuguese *(Portugués)* _____

Interpreter Needed? *(¿Necesita intérprete?):* Yes *(Sí)* No

Signature of Patient or Legal Representative *(Firma del paciente o representante legal)* _____

Date *(Fecha)* _____



Patient Name (Nombre de paciente) _____

AUTHORIZATION FOR VERBAL RELEASE OF MEDICAL INFORMATION

(Autorización para la diseminación verbal de la información médica)

Yes No I authorize Genesis Healthcare Partners to **verbally release information** related to my medical care to the individuals specified below, upon their request. (Autorizo que Genesis Healthcare Partners divulgue verbalmente la información relacionada con mi atención médica a las personas que figuran a continuación, si la solicitan.)
(Sí)

Name (Nombre) _____

Relationship to patient (Relación con paciente) _____ Phone # (Teléfono) _____

Name (Nombre) _____

Relationship to patient (Relación con paciente) _____ Phone # (Teléfono) _____

• I understand that information released may include updates about my diagnosis, treatment, medications, test results, appointment scheduling, insurance, and other demographic information. (Entiendo que la información divulgada puede incluir actualizaciones sobre mi diagnóstico, tratamiento, medicamentos, resultados de pruebas, programación de citas, seguros, y otra información demográfica.)

• I also consent to the specific release of the following records. (Doy mi consentimiento para divulgar específicamente los siguientes registros.)

- | | | | |
|--|---|--|---|
| <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | HIV/AIDS Diagnosis or Treatment | <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Drug, Alcohol, Substance Abuse |
| (Sí) | (Diagnóstico y Tratamiento del VIH / SIDA.) | (Sí) | (Abuso de Sustancias, Drogas, Alcohol.) |
| <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Other Communicable Diseases including STD | <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Behavioral or Mental Health |
| (Sí) | (Otras enfermedades transmisibles, incluyendo ETS.) | (Sí) | (Salud de comportamiento o mental.) |

• I understand that I may revoke this authorization at any time by notifying Genesis Healthcare Partners in writing. I also understand that any release of information made prior to receipt of the written revocation cannot be taken back. (Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento notificando a Genesis Healthcare Partners por escrito. También entiendo que cualquier información divulgada antes de recibir la revocación por escrito no puede ser devuelta.)

• I understand that unless revoked, this authorization will expire one year from the signature date. (Entiendo que si no se revoca, esta autorización caducará en un año desde la fecha de la firma.)

• I understand that authorizing this release of information is voluntary. (Entiendo que esta autorización para divulgar información es voluntaria.)

• By signing this authorization, I understand that any disclosure of information carries with it the potential for an unauthorized re-disclosure and the information may not be protected by federal privacy rules. I further understand that I may request a copy of this signed authorization. (Al firmar esta autorización entiendo que cualquier divulgación de información trae consigo la posibilidad de una nueva divulgación no autorizada y la información puede no estar protegida por las normas federales de privacidad. Entiendo que puedo solicitar una copia firmada de esta autorización.)

Yes No I authorize Genesis Healthcare Partners to leave **telephone messages** regarding my medical care on my voicemail and the voicemail of persons I have authorized above. (Autorizo a Genesis Healthcare Partners para dejar mensajes telefónicos sobre mi cuidado médico en mi buzón de voz y el buzón de voz de las personas que he autorizado anteriormente.)
(Sí)

Yes No I authorize Genesis Healthcare Partners to communicate with me via **e-mail**. I understand that there is no guarantee of confidentiality with e-mail communication. (Autorizo a Genesis Healthcare Partners para comunicarse conmigo por medio de correo electrónico. Entiendo que no hay garantía de confidencialidad en la comunicación por correo electrónico.)
(Sí)

Signature of Patient or Legal Representative (Firma del paciente o representante legal) _____

Date (Fecha) _____



Patient Name *(Nombre de paciente)* _____

CONSENT FOR TREATMENT AUTHORIZATION FOR ASSIGNMENT OF BENEFITS AND INFORMATION RELEASE

(Consentimiento para tratamiento y autorización para asignar beneficios y suministrar información)

I, the undersigned, assign directly to Genesis Healthcare Partners (GHP) all insurance benefits, if any, otherwise payable to me for services rendered. I understand that I am financially responsible for copayments, deductibles, and coinsurance under the terms of my agreement with my health benefits plan and for any charges for services provided to me by GHP that are not covered services under my health benefit plan, but which I nonetheless elect to receive. I authorize GHP to release and/or obtain medical records as needed for my treatment or to assist in obtaining insurance reimbursement on my behalf.

(Yo, el abajo firmante, asigno directamente a Genesis Healthcare Partners (GHP) todos los beneficios de mi seguro médico existentes, que de otra manera serían pagados directamente a mí por servicios prestados. Entiendo que soy económicamente responsable de los copagos, deducibles y coaseguros según los términos mi contrato con mi plan de beneficios médicos y también de cargos por servicios recibidos de GHP que no están cubiertos por mi plan pero sin embargo he optado por recibir. Doy autorización a GHP para divulgar y / u obtener registros médicos cuando estos sean necesarios para mi tratamiento o para facilitar el reembolso del seguro en mi nombre)

ACKNOWLEDGEMENT OF RECEIPT OF NOTICE OF PRIVACY PRACTICES

(Reconocimiento de Disponibilidad del Aviso de Normas de Privacidad)

I hereby acknowledge that I have been offered a copy of this medical practice's Notice of Privacy Practices. I further acknowledge that a copy of the current notice is available in the reception area and that additional copies are available to me upon request.

(Por medio de la presente hago constar que se me ha ofrecido una copia del Aviso de Normas de Privacidad en el Ejercicio Médico. Además, hago constar que una copia del presente aviso será colocada en el área de recepción y que copias adicionales estarán a mi disposición por si las solicitara.)

Signature of Patient or Legal Representative *(Firma del paciente o representante legal)*

Date *(Fecha)* _____



Patient Name (Nombre de paciente) _____

WHAT IS THE MAIN REASON FOR YOUR VISIT TODAY? (Razón de su visita?)

Pharmacy: (Farmacia)	Pharmacy Name (Nombre) _____	Pharmacy Phone (Teléfono) _____
	Location (Ubicación) _____	<input type="radio"/> Local (Local) <input type="radio"/> Mail Order (Por Correo)
	Pharmacy Name (Nombre) _____	Pharmacy Phone (Teléfono) _____
	Location (Ubicación) _____	<input type="radio"/> Local (Local) <input type="radio"/> Mail Order (Por Correo)

MEDICAL HISTORY - Please choose all symptoms / conditions you have experienced:

Historial médico - Por favor indique todos los síntomas y condiciones que ha tenido:

- | | |
|---|--|
| <input type="radio"/> High Blood Pressure (Hipertensión) | <input type="radio"/> Bladder Problems (Problemas en la vejiga) |
| <input type="radio"/> Irregular Heart Rhythm (Ritmo cardíaco irregular) | <input type="radio"/> Prostate Problems (Problemas de próstata) |
| <input type="radio"/> Coronary Artery Disease (Enfermedad de arteria coronaria) | <input type="radio"/> Thyroid Disease (Enfermedad de la tiroides) |
| <input type="radio"/> High Cholesterol (Colesterol alto) | <input type="radio"/> Urinary Tract Infections (UTI) (Infecciones del tracto urinario ITU) |
| <input type="radio"/> Angina (Angina) | <input type="radio"/> Gynecological Ovarian Problems (Problemas ováricos ginecológicos) |
| <input type="radio"/> Heart Murmur (Soplo cardíaco) | <input type="radio"/> Male Infertility (Infertilidad masculina) |
| <input type="radio"/> Heart Attack (Ataque al corazón) | <input type="radio"/> Anemia (Anemia) |
| <input type="radio"/> Heart Failure (Insuficiencia cardíaca) | <input type="radio"/> Sleep Apnea (Apnea del sueño) |
| <input type="radio"/> Vascular Disease (Enfermedad vascular) | <input type="radio"/> Trauma (Trauma) |
| <input type="radio"/> Asthma (Asma) | <input type="radio"/> Blood Transfusion (Transfusión de sangre) |
| <input type="radio"/> Pneumonia (Neumonía) | <input type="radio"/> Bleeding / Clotting Problem (Hemorragia / Problemas de coagulación) |
| <input type="radio"/> Chronic Bronchitis (Bronquitis crónica) | <input type="radio"/> Clots in Leg or Lung (Cuáglulos en piernas o pulmones) |
| <input type="radio"/> Emphysema / COPD (Enfisema / EPOC) | <input type="radio"/> Fractures (Fracturas) |
| <input type="radio"/> Cystic Fibrosis (Fibrosis quística) | <input type="radio"/> Gout (Gota) |
| <input type="radio"/> Tuberculosis (Tuberculosis) | <input type="radio"/> Osteoarthritis (Osteoartritis) |
| <input type="radio"/> Stroke (Ataque cerebral) | <input type="radio"/> Rheumatoid Arthritis (Artritis reumatoide) |
| <input type="radio"/> Paralysis (Parálisis) | <input type="radio"/> Fibromyalgia (Fibromialgia) |
| <input type="radio"/> Seizures / Epilepsy (Convulsiones / Epilepsia) | <input type="radio"/> Breast Cancer (Cáncer de mama) |
| <input type="radio"/> Parkinson's Disease (Enfermedad de Parkinson) | <input type="radio"/> Lung Cancer (Cáncer de pulmón) |
| <input type="radio"/> Vision / Hearing Loss (Pérdida de la audición) | <input type="radio"/> Prostate Cancer (Cáncer de próstata) |
| <input type="radio"/> Glaucoma (Glaucoma) | <input type="radio"/> Colon Cancer (Cáncer de colon) |
| <input type="radio"/> Migraines (Migrañas) | <input type="radio"/> Skin Cancer (Cáncer de la piel) |
| <input type="radio"/> Stomach Ulcers (Úlceras estomacales) | <input type="radio"/> Leukemia / Lymphoma (Leucemia / Linfoma) |
| <input type="radio"/> Acid Reflux / Heartburn (Reflujo ácido / Acidez) | <input type="radio"/> Other Cancer (Otro cáncer) _____ |
| <input type="radio"/> Hiatal Hernia (Hernia de hiato) | <input type="radio"/> Treatment for Depression, Anxiety or Other Emotional or
Psychiatric Disorder (Tratamiento para depresión, ansiedad u otra
enfermedad emocional o psiquiátrica) |
| <input type="radio"/> Hepatitis (Hepatitis) | <input type="radio"/> NONE of the above (Ninguno) |
| <input type="radio"/> Gallbladder Disease (Enfermedad de la vesícula biliar) | <input type="radio"/> OTHER please specify: (Otro, por favor especifique) |
| <input type="radio"/> Irritable Bowel Syndrome (Síndrome del intestino irritable) | _____ |
| <input type="radio"/> Diabetes (Diabetes) | |
| <input type="radio"/> Kidney Stones (Cálculos renales) | |
| <input type="radio"/> Kidney Failure (Insuficiencia renal) | |
| <input type="radio"/> Dialysis (Diálisis) | |



Patient Name (Nombre de paciente) _____

ALLERGIES - Please list any allergies or sensitivities to medications, food or other agents:

(Por favor haga una lista de alergias o reacciones a medicamentos, alimentos)

Medicine (Medicina)	Reaction (Reacción)
1 _____	_____
2 _____	_____
3 _____	_____
4 _____	_____

Have you ever had a reaction to radiological contrast? No Yes, please describe: _____
(¿Alguna vez ha tenido una reacción al contraste radiológico?) (Si, por favor describa)

Have you ever had a reaction to anesthesia? No Yes (please describe): _____
(¿Alguna vez ha tenido una reacción a la anestesia?) (Si, por favor describa)

FAMILY HISTORY - Please choose all symptoms / conditions your family members have experienced:

(Historial familiar - Por favor seleccione todos los síntomas / condiciones que miembros de su familia han tenido)

	FATHER (Padre)	MOTHER (Madre)	BROTHER (Hermano)	SISTER (Hermana)	CHILD (Hijo/a)	GRANDPARENT (Abuelo/a)	NO SIGNIFICANT HISTORY (Sin Historial Significativo)
High Blood Pressure (Hipertensión)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Diabetes (Diabetes)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kidney Stones (Cálculos renales)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bleeding Disorder (Trastorno en coagulación)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Prostate Cancer (Cáncer de próstata)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Breast Cancer (Cáncer de mama)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lung Cancer (Cáncer de pulmón)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Colon Cancer (Cáncer de colon)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Leukemia / Lymphoma (Leucemia / Linfoma)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Other Family History (Historial familiar adicional)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

SOCIAL HISTORY (Historial Social)

Please describe your use of tobacco products. If you do not smoke now, but have smoked more than 5 packs in a lifetime, mark "Previous".
(Por favor describa su uso de productos de tabaco. Si usted no fuma actualmente pero ha fumado más de 5 paquetes en toda su vida, marque "Antes")

Current (every Day) (Todos los días) Current (some days) (Algunos días) Previous (Antes) Never (Nunca)

If you smoke cigarettes now or stopped smoking, how many packs per day do you (or did you) smoke?

(¿Si usted fuma cigarrillos ahora o dejado de fumar, cuántos paquetes por día fuma o ha fumado?)

½ or less (½ o menos) 1 1½ 2 2½ 3 3½ 4+

How many years have you smoked? Include past and present. (¿Cuántos años ha fumado? Incluya el pasado y presente.)

1-5 6-10 11-15 16-20 20 or more (20 o más)



Patient Name (Nombre de paciente) _____

How often do you have a drink containing alcohol? (¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica?)

- Never (Nunca)
- Less than monthly (Menos de una vez al mes)
- 2-4 times/month (2-4 veces al mes)
- 2-4 times/week (2-4 veces a la semana)
- Daily (Diario)

How many drinks containing alcohol do you have on a typical day when you are drinking?

¿Cuántas bebidas alcohólicas suele tomar en un día normal cuando usted está bebiendo?

- 1-2
- 3-4
- 5 or more (5 o más)

On a typical day, how many cups of caffeinated coffee, tea and cola / sodas do you drink?

En un día normal, ¿cuántas tazas de café con cafeína, té o gaseosas suele beber?

- 0
- 1-2
- 3-4
- 5 or more (5 o más)

Have you ever used illicit drugs?

(¿Ha consumido drogas ilícitas alguna vez?)

- No (Ninguno)
- Previously (Previamente)
- Currently (Actualmente)
- Prefer to Discuss with physician (Prefiero hablar con mi médico)

What is your most recent occupation? (¿Cual es su ocupación reciente?) _____

If married, for how many years? (Si está casado/a ¿Por cuantos años?) _____ Number of living children (Número de hijos vivos) _____

CURRENT MEDICATIONS - Prescription drugs, over-the-counter medications, herbs, supplements, minerals:

(Medicamentos que está tomando ahora con o sin receta médica, vitaminas, hierbas o minerales)

Name (Nombre)	Dose (Dosis)	Frequency (Frecuencia)
1 _____	_____	_____
2 _____	_____	_____
3 _____	_____	_____
4 _____	_____	_____
5 _____	_____	_____
6 _____	_____	_____
7 _____	_____	_____
8 _____	_____	_____

PLEASE ATTACH A LIST OF ADDITIONAL MEDICATIONS (Por favor adjunte lista de medicamentos adicionales)

SURGICAL HISTORY - Please choose all surgeries you have had: (ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS. Marque todas las cirugías que ha tenido)

- I have had NO surgeries (Ninguna cirugía)
- Tonsillectomy (Amigdalectomía)
- Spinal Surgery (Cirugía de la columna)
- Kidney Surgery (Cirugía del riñón)
- Lung Surgery (Cirugía de pulmón)
- Bladder Surgery (Cirugía de la vejiga)
- Gastric Bypass / Lap Band (Cirugía de derivación gástrica / banda gástrica)
- Hernia Repair (Reparación de hernia)
- Vasectomy (Vasectomía)
- Appendectomy (Apendectomía)
- Colon Surgery (Cirugía de colon)
- Cholecystectomy (Colecistectomía)
- Prostate Surgery (Cirugía de próstata)
- Orthopedic Surgery (Cirugía ortopédica)
- Eye / Cataract Surgery (Cirugía ocular)
- Joint Replacement (Rempl. de articulaciones)
- Cardiac Angioplasty / Stent (Angioplastia cardíaca / endoprótesis)
- Bypass Surgery (Cirugía de derivación)
- Heart Defibrillator (Desfibrilador)
- Pacemaker (Marpasos)
- Carotid Surgery (Cirugía carotídea)
- Breast Surgery (Cirugía de mama)
- Cesarean Section (Cesárea)
- Ovaries Removed (Resección de ovarios)
- Hysterectomy - Uterus (Histerectomía - útero)
- Other (Otra)



Patient Name (Nombre de paciente) _____

Please mark only the symptoms you are CURRENTLY experiencing. Check all that apply.

(Por favor marque solo los síntomas que está teniendo ACTUALMENTE. Marque todos los que correspondan.)

GENERAL

(General)

- Fever (Fiebre)
- Fatigue (Fatiga)
- Weight Loss (Pérdida de peso)
- Weight Gain (Aumento de peso)
- Chills (Escalofríos)
- Night Sweats (Sudor nocturno)

SKIN

(Piel)

- Sores (Llagas)
- Rash (Erupciones)

HEENT

(Ojos, orejas, nariz y garganta)

- Double Vision (Visión doble)
- Blurred Vision (Visión borrosa)
- Glasses/Contacts (Lentes)
- Hoarseness (Ronquera)

NECK

(Cuello)

- Neck Pain (Dolor de cuello)
- Neck Lumps (Tumores en el cuello)

RESPIRATORY

(Respiratorio)

- Chronic Cough (Tos crónica)
- Coughing Blood (Tos con sangre)
- Wheezing (Sibilancias)

BREAST

(Mama/Pechos)

- Breast Lump (Bulto en los pechos)
- Breast Pain (Dolor en los pechos)

CARDIOVASCULAR

(Cardiovascular)

- Chest Pain (Dolor en el pecho)
- Shortness of Breath (Dificultad al respirar)
- Palpitations (Palpitaciones)

GASTROINTESTINAL

(Gastrointestinal)

- Heartburn (Acidez)
- Nausea (Náusea)
- Vomiting (Vómito)
- Constipation (Constipación)
- Chronic Diarrhea (Diarrea crónica)
- Abdominal Pain (Dolor abdominal)
- Indigestion (Indigestión)
- Bloody Stool (Sangre en las heces fecales)

GENITOURINARY

(Genitourinario)

- Painful Urination (Dolor al orinar)
- Trouble Controlling Urine (Dificultad para controlar la orina)
- Excessive Urination at Night (Micción excesiva durante la noche)
- Urinary Frequency (Micción frecuente)
- Blood in Urine (Sangre en la orina)
- Urinary Retention (Retención Urinaria)

FEMALE GENITOURINARY (women only)

(Genitourinario - Mujeres)

- Vaginal Discharge (Secreción vaginal)
- Painful Intercourse (Relaciones sexuales dolorosas)
- Possible Pregnant (Posible embarazo)

MALE GENITOURINARY (men only)

(Genitourinario - Hombres)

- Erection Difficulties (Dificultades de erección)
- Penile Discharge (Secreción del pene)
- Testicular Lump (Bulto testicular)
- Penile Lesions (Lesiones en el pene)

MUSCULOSKELETAL

(Musculoesquelético)

- Joint Pain (Dolor en las articulaciones)
- Back Pain (Dolor en la espalda)

NEUROLOGICAL

(Neurológico)

- Numbness (Entumecimiento)
- Headaches (Dolores de cabeza)
- Dizziness (Mareo)
- Tremors (Temblores)

PSYCHIATRIC

(Psiquiátrico)

- Anxiety (Ansiedad)
- Depression (Depresión)

ENDOCRINE

(Endocrino)

- Cold Intolerance (Intolerancia al frío)
- Heat Intolerance (Intolerancia al calor)
- Excessive Thirst (Sed excesiva)

HEMATOLOGY

(Hematología)

- Painful/Swollen Lymph Nodes (Ganglios linfáticos dolorosos / inflamados)
- Easy Bruising (Propensión a moretones)
- Excessive Bleeding (Hemorragia excesiva)



Patient Name (Nombre de paciente) _____

CANCER OPERATIONS (Operaciones de cáncer)

Type of Operation (Tipo de operación)	Date (Fecha)
1 _____	_____
2 _____	_____
3 _____	_____

BIOPSIES (Biopsías)

Body Part (Parte del cuerpo)	Date (Fecha)
1 _____	_____
2 _____	_____
3 _____	_____

CHEMOTHERAPY (Quimioterapia): Yes (Sí) No **Briefly describe symptoms you feel may be related to your cancer**
 (Por favor describa los síntomas que cree puedan estar relacionados a su cáncer)

If yes, date started (Fecha de inicio) _____

Date completed (Fecha de finalización) _____

HISTORY OF PREVIOUS RADIATION THERAPY (Ha sido tratado con radioterapia en el pasado?) Yes (Sí) No

If yes, please list approximate date(s) and body area treated (Si su respuesta es sí por favor indique la fecha y la parte del cuerpo tratada)

Body area treated with radiation therapy (Parte del cuerpo tratada con radioterapia)	Date (Fecha)
1 _____	_____
2 _____	_____

GYNECOLOGICAL, FEMALES ONLY (Ginecológico, mujeres solamente)

Are you pregnant? (¿Está embarazada?) <input type="radio"/> Yes (Sí) <input type="radio"/> No	Last pelvic exam (Último examen de la pelvis) _____
Age of first pregnancy (Edad de primer embarazo) _____	<input type="radio"/> Have used birth control pills. If checked , how many years? _____ (¿Ha utilizado píldoras anticonceptivas? ¿Por cuantos años?)
Number of pregnancies (Número de embarazos) _____	<input type="radio"/> Hormones taken. Name: _____ How long? _____ (Escriba hormonas que ha tomado y por cuanto tiempo)
Number of live births (Nacidos vivos) _____	<input type="radio"/> Hysterectomy (Histerectomía) When (¿Cuándo?) _____
Other (Otros) _____	Why? (Razón) _____
Age of 1st menstrual period (Edad de primer menstruación) _____	Last mammogram date (Fecha de último mamograma) _____
Last menstrual period (Último periodo menstrual) _____	<input type="radio"/> You do self breast exams Bra cup size (Tamaño de sujetador) _____ (¿Se autoexamina los pechos?)