

Formulario de Información del Paciente

Bienvenidos a Waterford Place. Por favor tómese unos minutos para llenar este formulario confidencial. Su información personal será utilizada solamente para registro y expediente personal y nunca será compartida con fuentes exteriores. La información que nos proporciona será utilizada para ayudar a crear y recomendar programas y para generar fondos que permitan a Waterford Place continuar atendiendo de la mejor forma posible y efectiva a aquellos que fueron impactados por el cáncer.

Nombre (*Letra de molde por favor*): _____ Fecha de hoy: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____

Estado: _____ Código Postal: _____ Condado: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: _____ Dirección de correo electrónico: _____

Número de teléfono preferido : _____ ¿Puede el Waterford Place dejar un mensaje? Si No
 Celular Casa

Permiso para recibir recordatorios y notificaciones por texto.

Nombre de Contacto de Emergencia: _____ Su parentesco al Contacto de Emergencia: _____

Número de teléfono de Contacto de Emergencia: _____ ¿Puede el Waterford Place dejar un mensaje? Si No

Información Específica al Cáncer

Clase del Cáncer Primario: _____ Etapa de Cáncer: 0 I II III IV
 se desconoce

Fecha aproximada del diagnóstico original: _____ ¿Se ha metastatizado/ propagado el cáncer de su lugar de origen?
 Si No

¿Ha habido recurrencia de cáncer? Si No De ser sí, cual es la fecha en la cual ocurrió la metastizado.

Nombre del médico (*Oncólogo medico, Oncólogo de radiación o Cirujano*): _____

Consultorio del Médico: _____ Número de Fax del Médico (*Opcional*): _____

¿Fue su médico o alguien de su consultorio quien lo refirió al Waterford Place? Si No

Información del tratamiento actual para el cáncer (Marque las cajas que mejor describan cada una)

Estado de Tratamiento	Tratamiento Actual
<input type="checkbox"/> Pre-tratamiento <input type="checkbox"/> Tratamiento Activo <input type="checkbox"/> Tratamiento Completado (Fecha en el que se completo) _____ <input type="checkbox"/> Cuidados de apoyo o paliativo solamente	<input type="checkbox"/> A determinar <input type="checkbox"/> Observar y Esperar <input type="checkbox"/> Cirugía <input type="checkbox"/> Quimioterapia o Terapia Dirigida <input type="checkbox"/> Radioterapia <input type="checkbox"/> Trasplante de medula ósea/ células madres <input type="checkbox"/> Hormonas Orales/ Terapia de Hormonas <input type="checkbox"/> Otro _____

Raza/Origen Étnico	Estado de Seguro Medico	Su Lenguaje Primario
--------------------	-------------------------	----------------------

<input type="checkbox"/> Blanco, No-Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Hispano/ Latino <input type="checkbox"/> Negra/Afro-Americana <input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Isleño Pacífico /Nativo de Hawái <input type="checkbox"/> Multirracial <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Seguro Privado <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Sin Seguro	<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro: _____
--	--	---

Información Familiar

Nombres de familiares adultos <i>(Actualmente viviendo con usted)</i>	Parentesco	
Nombres de Niños <i>(Menor de la edad de 18 viviendo con usted)</i>	Fecha de Nacimiento	Sexo

Liberación y Renuncia

Yo, el abajofirmante, reconozco que he elegido de manera voluntaria participar en las clases/ programas/servicios ofrecidos por el Centro de Recursos de Waterford Place. Yo estoy consciente que la participación en algunas de estas clases/programas/servicios puede requerir de esfuerzo físico y un nivel mínimo de buen estado físico. Mi participación es voluntaria en las clases/programas/servicios y yo asumo toda la responsabilidad y obligaciones por cualquier y todas las lesiones que pueda sufrir debido a mi participación en estas actividades. En consideración a la participación en las clases / programas / servicios, libero de cualquier reclamo o responsabilidad al Centro de Recursos de Cáncer de Waterford Place y / o el personal / instructores / otros participantes del Centro de Recursos de Cáncer de Waterford Place por lesiones o daños que pueda sufrir como resultado de mi participación. Yo entiendo y estoy de acuerdo que el Centro de Recursos de Cáncer de Waterford Place, Rush Copley Medical Center, Rush Copley Memorial Hospital o cualquiera de sus afiliados no son responsables de la pérdida o robo de los objetos personales o objetos de valor del Participante. Sera la responsabilidad del Participante asegurar cualquier objeto que quede en la posesión del Participante. He leído la versión anterior y la exención de responsabilidad y entiendo completamente su contenido. Yo voluntariamente estoy de acuerdo con los términos y condiciones establecidos anteriormente.

Nombre del Participante *(Por Favor letra de molde)*: _____

Firma del Participante: _____ Fecha: _____

Si es que el Participante tiene menos de 18 años de edad:

Firma del Padre/tutor: _____ Fecha: _____