



## Bienvenido a Northwest Oncology & Hematology y gracias por confiarnos el cuidado de su salud.

BRUCE B. BANK, MD  
GARY S. GORDON, MD  
GARY I. GRAD, MD  
STEVEN L. KANTER, MD  
GARY E. KAY, MD  
SUZANNE LAFOLLETTE, MD  
STEVEN J. LEIBACH, MD  
KEVIN P. MCKIAN, MD  
ROBINSON ORTIZ, MD  
EDWIN R. PRIEST, MD  
HERBERT J. REISEL, MD  
RONALD J. SHADE, MD  
ALKARIM TAJUDDIN, MD, MBA  
EROL YORULMAZOGU, MD

### ATENCIÓN Y TRATAMIENTO ESPECIALIZADOS PARA:

- Cáncer de pulmón
- Cáncer de próstata
- Cáncer de mama
- Cánceres ginecológicos
- Cáncer de colon
- Cáncer de vejiga
- Cáncer de riñón
- Cáncer de hígado
- Cánceres de cabeza y cuello
- Cáncer de esófago
- Leucemia y cáncer de la sangre
- Linfoma
- Sarcoma
- Anemia y enfermedades/trastornos de la sangre

### SU COMODIDAD Y CONVENIENCIA

- Entorno tranquilo y agradable
- Consultas el mismo día o al día siguiente
- Consultas por la mañana temprano
- Terapia de infusión
- Se acepta y se cobra a la mayoría de los seguros
- Se ofrecen planes de pago
- Servicio de administración oral para medicamentos antineoplásicos y complementarios

3701 Algonquin Rd., Crossroads Center, Ste. 900  
Rolling Meadows, IL 60008

**Teléfono: 847.870.4100 • Fax: 847.870.0866**

800 Biesterfield Rd., Cancer Institute, Ste. 210  
Elk Grove Village, IL 60007

**Teléfono: 847.437.3312 • Fax: 847.956.5107**

1555 Barrington Rd., Doctors Bldg. 3, Ste. 1200  
Hoffman Estates, IL 60169

**Teléfono: 847.885.4100 • Fax: 847.885.4199**

27750 W. Highway 22, Ste. G70  
Barrington, IL 60010

**Teléfono: 847.842.0180 • Fax: 847.842.9877**

1435 N. Randall Rd., Ste. 501  
Elgin, IL 60123

**Teléfono: 847.577.1023 • Fax: 847.717.0166**

[www.NorthwestOncology.com](http://www.NorthwestOncology.com)

Para acelerar el proceso de registro de su primera consulta, complete el paquete para nuevos pacientes que se adjunta. El día de su primera consulta, deberá presentar los formularios completos.

Llegue al menos **20 minutos antes** de la hora programada para su consulta, a fin de completar el proceso de registro.

Si tiene alguna pregunta antes de su primera consulta, no dude en comunicarse con el **Coordinador de Pacientes Nuevos llamando al 847.577.0620, ext. 7112.**

[Visite nuestro sitio web, NorthwestOncology.com, en el que encontrará lo siguiente:](http://NorthwestOncology.com)

### Información sobre médicos y servicios

### Ubicaciones con mapas

El día de su primera consulta, recibirá los datos necesarios para iniciar sesión en la sección **See Your Chart (Vea su historia clínica)**.

La sección **See Your Chart** forma parte de nuestro sitio web y permite que nuestros pacientes obtengan acceso en línea a ciertas partes de su historia clínica en **Northwest Oncology & Hematology**. Puede consultar la siguiente información:

- ciertos resultados de laboratorio de extracciones de sangre que se hacen en nuestro consultorio;
- su información demográfica actualizada, incluida su dirección y sus números de teléfono, los datos de su seguro y otros médicos que lo atienden;
- un resumen en el que se mencionan las alergias que tiene actualmente, diagnósticos oncológicos y hematológicos, y la lista de medicamentos actualizada;
- un calendario con las consultas que tiene programadas;
- una lista con los registros de sus signos vitales;
- una página de recursos que contiene sitios educativos para diferentes diagnósticos.

Encuesta de satisfacción del paciente: su opinión es importante para nosotros. Después de su consulta, complete nuestra encuesta de satisfacción del paciente, que se encuentra en nuestro sitio web.



## Aviso sobre prácticas de privacidad

AVISO SOBRE LAS PRÁCTICAS RELATIVAS AL USO DE LA INFORMACIÓN DEL PACIENTE: ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO PUEDE USAR Y DIVULGAR LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED Y CÓMO USTED PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. LEA ESTE AVISO CON ATENCIÓN

La Ley de Responsabilidad y Portabilidad de Seguros Médicos (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) de 1996 es un programa federal que exige que toda la información personal relativa a su salud se trate con estricta confidencialidad. Esto comprende el uso o la divulgación que hagamos de toda su información médica y dental en cualquiera de sus formas, ya sea electrónica, escrita o verbal. La Ley le otorga derechos importantes para comprender y controlar la manera en que se usa su información médica. La Ley también estipula sanciones por el uso indebido de la información médica protegida (Protected Health Information, PHI).

La PHI comprende todo tipo de información sobre usted, incluidos los datos demográficos que lo identifiquen, y sus enfermedades físicas o mentales del pasado, presente o futuro, así como los servicios de atención médica relacionados. La Política de privacidad describe cómo podemos usar o divulgar su PHI a fin de proporcionar tratamientos, hacer pagos u operaciones relacionadas con servicios de atención médica, o para otros fines permitidos o exigidos por la ley. Esta política también describe sus derechos para acceder a su PHI y controlarla.

### Usos y divulgaciones de la información médica protegida

Nuestro médico, el personal de nuestro consultorio u otras personas implicadas en proporcionarle atención y tratamiento pueden usar o divulgar su PHI, ya sea al brindarle servicios de atención médica, pagar sus facturas relacionadas con la atención médica, respaldar el ejercicio de nuestra profesión o para cualquier otro uso legítimo.

**Tratamiento:** usaremos y divulgaremos su PHI para prestar, coordinar o administrar sus servicios de atención médica y otros servicios relacionados. Esto comprende la coordinación o administración de su atención médica por parte de un tercero. Por ejemplo, es posible que se le proporcione su PHI a un médico al que lo hayan derivado, a fin de garantizar que cuente con la información necesaria para realizarle un diagnóstico o un tratamiento.

**Operaciones relacionadas con servicios de atención médica:** podemos usar o divulgar su PHI para respaldar nuestras actividades comerciales, que pueden incluir controles de calidad, evaluaciones de empleados y la realización u organización de otras actividades comerciales. También podemos disponer de una hoja de registro en el mostrador de recepción para que usted escriba su nombre y el de su médico. Es posible que lo llamemos por su nombre en nuestra área de recepción cuando su médico esté listo para atenderlo. Podemos usar o divulgar su PHI, según sea necesario, para comunicarnos con usted y recordarle la fecha de su próxima consulta. Podemos llamarlo al teléfono de su domicilio y dejarle un mensaje (en un contestador automático o por medio de la persona que conteste el teléfono) para recordarle cuándo será su próxima consulta o informarle que es necesario programar una nueva consulta o que debe llamar a nuestra oficina. También podemos enviarle por correo una tarjeta de recordatorio o una carta a su domicilio. Avísenos si prefiere que lo llamemos a otro número de teléfono o que nos comuniquemos con usted en otro lugar.

Podemos usar o divulgar su PHI sin su autorización en las circunstancias que figuran a continuación. Según lo exigido por la ley, estas circunstancias comprenden lo siguiente:

- ◆ Problemas de salud pública
- ◆ Enfermedades contagiosas
- ◆ Supervisión de la salud
- ◆ Abuso o negligencia
- ◆ Requisitos de la Food and Drug Administration (Administración de Alimentos y Medicamentos)
- ◆ Procedimientos judiciales
- ◆ Cumplimiento de la ley
- ◆ Médicos forenses, responsables de funerarias y donación de órganos
- ◆ Investigación médica
- ◆ Actividad penal; reclusos
- ◆ Actividad militar y seguridad nacional
- ◆ Indemnización a los trabajadores

**Usos y divulgaciones obligatorios:** la ley nos exige que le informemos cuando el Secretario del Department of Health and Human Services (Departamento de Salud y Servicios Humanos) nos investigue para determinar si cumplimos con la ley HIPAA. Se harán otros usos y divulgaciones permitidos y exigidos únicamente con su consentimiento, autorización o posibilidad de oponerse, a menos que así lo exija la ley. Usted puede revocar la autorización por escrito en cualquier momento, salvo que su médico o el consultorio de su médico haya tomado medidas en virtud del uso o la divulgación indicados en su autorización.

**Pago:** su PHI se usará, según sea necesario, para tramitar el pago de los servicios de atención médica. Por ejemplo, a fin de obtener la aprobación para el ingreso en un hospital o para un procedimiento relacionado con la salud, es posible que deba divulgarse su PHI pertinente a su plan de seguro médico.



*Northwest Oncology & Hematology, S.C.*

## **Aviso sobre prácticas de privacidad**

### **Sus derechos**

Usted tiene el derecho de revisar y copiar su PHI. Sin embargo, según la ley federal, usted no puede revisar ni copiar los siguientes registros:

- ◆ notas psicoterapéuticas;
- ◆ información recopilada con anticipación razonable o que se usará en una acción o demanda civil, penal o administrativa;
- ◆ PHI que está sujeta a ciertas leyes que prohíben el acceso a dicha PHI.

Usted tiene el derecho de solicitar una restricción para su información médica. Esto significa que usted puede pedirnos que no usemos ni divulguemos ninguno de los datos de su PHI para fines de tratamientos, pagos u operaciones relacionadas con la atención médica. También puede solicitar que no se divulgue ninguno de los datos de su PHI a los miembros de su familia o amigos que puedan estar implicados en su atención, o para los fines de notificación descritos en estas Prácticas de privacidad. En su solicitud debe indicar cuál es la restricción específica y a quién desea que se aplique.

Su médico no está obligado a aceptar la restricción solicitada. Si su médico considera que lo mejor para usted es permitir el uso y la divulgación de su PHI, esta no se restringirá. En ese caso, usted tiene el derecho de solicitar los servicios de otro profesional de atención médica.

Tiene el derecho de solicitar que le enviemos comunicaciones confidenciales por un medio o a un lugar alternativos. Tiene el derecho de recibir una copia impresa de este Aviso, que le entregaremos, a pedido, incluso si aceptó este Aviso por un medio alternativo (p. ej., electrónico).

Tiene el derecho de pedirle a su médico que modifique su PHI. Si rechazamos su solicitud de modificación, tiene el derecho de presentar una declaración de desacuerdo con nosotros. En ese caso, es posible que elaboremos una refutación de su declaración y que le enviemos una copia de dicha refutación. Tiene el derecho de recibir un recuento de ciertas divulgaciones de su PHI que hayamos realizado, si las hubiere.

Nos reservamos el derecho de modificar los términos de este Aviso, y le informaremos las modificaciones realizadas. En ese caso, usted tiene el derecho de oponerse o de renunciar, según lo estipulado en este Aviso.

### **Reclamos**

Usted puede presentar un reclamo ante nosotros o ante el Secretario del Department of Health and Human Services (Departamento de Salud y Servicios Humanos) si considera que hemos violado sus derechos de privacidad. Puede presentar un reclamo comunicándose con nuestro Oficial de Privacidad a la dirección o al teléfono que figuran a continuación. No tomaremos represalias en su contra por ejercer su derecho de presentar un reclamo.

Northwest Oncology & Hematology, S.C.  
Attention: Privacy Officer  
3701 Algonquin Road  
Crossroads Center, Suite 900  
Rolling Meadows, IL 60008  
Teléfono: 847.577.0620

Este Aviso se publicó y entra en vigencia el 6/1/2010 o antes de esta fecha.

3701 Algonquin Road, Crossroads Center, Suite 900 ▪ Rolling Meadows, IL 60008 ▪ T/847.870.4100 ▪ F/847.870.0866  
800 Biesterfield Road, Cancer Institute, Suite 210 ▪ Elk Grove Village, IL 60007 ▪ T/847.437.3312 ▪ F/847.956.5107  
1555 Barrington Road, Doctors Building 3, Suite 1200 ▪ Hoffman Estates, IL 60169 ▪ T/847.885.4100 ▪ F/847.885.4199  
27750 W. Highway 22, Suite G70 ▪ Barrington, IL 60010 ▪ T/847.842.0180 ▪ F/847.842.9877  
1435 N. Randall Road, Suite 501 ▪ Elgin, IL 60123 ▪ T/847.577.1023 ▪ F/847.717.0166



*Northwest Oncology & Hematology, S.C.*

## **Formulario de asignación de beneficios**

Por el presente, autorizo la divulgación de toda información médica y de otro tipo que sea necesaria para asociaciones o compañías aseguradoras, grupos de empleados, agencias gubernamentales o sus terceros pagadores y sus agentes/empleados, reguladores o abogados implicados en mi caso, ya sea por un medio electrónico, por correo, por fax o por servicio de mensajería, pertinente a mi atención médica, a fin de procesar mis solicitudes.

Además, autorizo que los beneficios médicos/hospitalarios que recibí y que se enviaron a mi(s) compañía(s) aseguradora(s) en mi nombre se paguen directamente a Northwest Oncology & Hematology, S.C.

Si la política de mi compañía aseguradora prohíbe el pago directo al médico, por el presente, le indico a mi compañía aseguradora que lleve a cabo la siguiente acción para todo monto pagadero en concepto de beneficios que Northwest Oncology & Hematology haya facturado y que se haya presentado en mi nombre: emitir el cheque pagadero en concepto de beneficios a “mi nombre” y enviarlo por correo a la atención de mi nombre “a cargo de” (in care of, c/o) a la siguiente dirección:

c/o Northwest Oncology & Hematology, S.C.  
3701 Algonquin Road, Suite 900  
Rolling Meadows, IL 60008

La presente es una asignación directa de mis derechos y beneficios conforme a esta política.

Debe considerarse que una fotocopia de esta asignación tiene la misma vigencia y validez que el documento original.



*Northwest Oncology & Hematology, S.C.*

## Política de finanzas/autorización

*Nuestra misión: los médicos, los enfermeros y el personal de Northwest Oncology & Hematology se esfuerzan por brindarles a nuestros pacientes atención individualizada de la más alta calidad, de manera amable y compasiva. Nuestra misión consiste en proporcionar atención actualizada en un entorno que sea reconfortante para nuestros pacientes y sus familias, que respete sus necesidades individuales y que preserve su dignidad.*

**Comprendemos que usted y su familia pueden estar pasando por un momento difícil y estresante. Nuestro personal experimentado responderá a todas sus preguntas sobre su seguro. En caso de que necesite quimioterapia o pruebas o servicios de diagnóstico por imágenes, verificaremos los beneficios de su seguro y revisaremos con usted la información proporcionada por su compañía aseguradora. En ese momento, analizaremos con usted la declaración del estimado de obligación financiera, si corresponde.**

**Tómese el tiempo necesario para leer con atención este documento, que explica cómo trabajaremos con usted para que comprenda su obligación financiera, la política de autorización y otro tipo de información que puede resultarle útil. Al final de este formulario, debe colocar su firma y la fecha a modo que reconozca y autorice nuestras políticas y procedimientos descritos en este documento.**

### SEGURO

#### Presentaciones de solicitudes

Como servicio para nuestros pacientes, presentaremos las solicitudes que usted realice a su seguro primario y secundario en su nombre. Sin embargo, las pólizas de seguro se celebran entre usted y su compañía aseguradora, y usted tiene, en última instancia, la obligación de asegurarse de que los pagos de sus solicitudes se realicen en tiempo y forma.

#### Modificaciones del seguro

Usted tiene la obligación de notificarnos inmediatamente en caso de que se modifique la cobertura de su seguro. Esto es imprescindible, ya que la mayoría de las compañías aseguradoras se rigen mediante un período de "presentación oportuna", que, si no se respeta, dará lugar al rechazo y a la falta de pago de las solicitudes presentadas. En ese caso, usted asumirá la obligación de pagar el monto total facturado. A fin de evitar esta situación y otras similares, comuníquese con nosotros lo antes posible en caso de que su cobertura se modifique o actualice. Por ejemplo, si la solicitud de su seguro se encuentra pendiente ante el Illinois Department of Public Aid (Departamento de Ayuda Pública de Illinois, IDPA), avísenos para que podamos trabajar con usted a fin de acelerar el procesamiento de esta solicitud.

**Medicare:** nuestros médicos son proveedores participantes de Medicare y aceptan asignaciones en todas las solicitudes cubiertas. Medicare exige el pago de un coseguro del 20 % y de un deducible anual. Si usted cuenta con un seguro secundario (complementario), le enviaremos las solicitudes en su nombre. Medicare hace reembolsos por medicamentos antineoplásicos según el diagnóstico del paciente. Si sospechamos que Medicare podría no cubrir una parte del tratamiento para su diagnóstico, se le pedirá que firme un formulario de Aviso anticipado de no cobertura para el beneficiario (Advanced Beneficiary Notification, ABN), que servirá como reconocimiento de que se le informó que una parte de su tratamiento podría no estar cubierta. También colaboraremos con usted para encontrar fuentes alternativas de reembolso para esa parte de su tratamiento que no está cubierta; por ejemplo, el uso de un plan de recetas médicas de un seguro secundario o un programa de asistencia a pacientes de una empresa farmacéutica.



## Política de finanzas/autorización

**Medicaid:** nuestros médicos son proveedores participantes del Illinois Department of Public Aid (Departamento de Ayuda Pública de Illinois, IDPA). Las solicitudes se presentarán en su nombre, con una tarjeta válida del IDPA que demuestre su elegibilidad. En el momento de recibir el servicio, debe presentarse una tarjeta válida del IDPA. Usted tiene la obligación de pagar los servicios que no cubre el IDPA, como los montos a cargo del paciente, en el momento de recibir dichos servicios.

**Atención administrada:** nuestros médicos participan en diversos planes y, si bien nuestro personal tiene conocimientos sobre gran parte de ellos, usted es, en última instancia, responsable de informarse sobre esto. Un buen tiempo antes de su consulta, comuníquese con su compañía aseguradora y verifique que su plan particular esté entre los planes en los que participamos. Comuníquese con la compañía aseguradora por teléfono, ya que el sitio web no siempre contiene información precisa y actualizada. Asimismo, asegúrese de verificar que las pruebas de diagnóstico estén cubiertas y de averiguar a qué centro deben enviarse (p. ej., Quest Labs).

**Planes comerciales/de indemnización:** nuestros médicos participan en todos estos planes. Por lo general, estos planes tienen un deducible anual y un gasto de bolsillo con un valor máximo en dólares. El paciente es responsable de pagar estos gastos y deducibles en el momento de la declaración.

**Copagos:** un copago es un monto fijo de dinero que usted debe pagar al proveedor, al centro, a la farmacia, etc., al recibir ciertos servicios. Los copagos deben abonarse en el momento de recibir el servicio. Su plan HMO/PPO/POS le exigirá que abone un copago cuando vea a su médico, se someta a una sesión de quimioterapia, se le realice un enjuague del puerto, se le extraiga sangre, se le administre una inyección o se lleven a cabo otros servicios/procedimientos de diagnóstico por imágenes. Consulte el plan de su seguro para obtener información específica de la cobertura y prepárese para abonar este copago en el momento de recibir el servicio.

**Deducibles:** un deducible es un importe fijo de gastos que usted debe pagar por ciertos servicios y suministros cubiertos antes de que su compañía aseguradora comience a pagar los beneficios correspondientes. Los copagos y coseguros no se contarán para sus deducibles. Si verificamos que un deducible o una parte de un deducible quedó sin cubrir, y si corroboramos que su seguro cubrirá y permitirá el pago de los servicios prestados, solicitaremos que la parte correspondiente de su deducible se pague en el momento de recibir el servicio. Podemos hacer excepciones para esta política si puede brindarnos pruebas de su compañía aseguradora que indiquen que su deducible ya está cubierto para el año calendario correspondiente.

**Coseguro:** un coseguro es el porcentaje del costo de su plan de seguro que usted debe pagar en concepto de la atención. Los montos de los coseguros vencen y deben pagarse en el momento de la declaración.

**Copagos, deducibles y coseguro:** para resumir, los copagos, los deducibles y el coseguro representan la parte contratada y la obligación financiera de los servicios que se le prestaron a usted. La exención habitual de los copagos, los deducibles y el coseguro se considera “una declaración tergiversada de las tarifas de los servicios prestados” y puede infringir leyes y regulaciones federales, estatales y locales, como la Ley de Reclamos Falsos (False Claims Act), los Estatutos Antisoborno (Anti Kick-back Statues) y las directrices de cumplimiento para consultorios de médicos individuales y de grupos de médicos reducidos, así como los contratos de médicos participantes o de compañías aseguradoras.

**Tarjetas farmacéuticas:** infórmenos si tiene una tarjeta farmacéutica. Ciertas compañías aseguradoras exigen que determinados medicamentos inyectables sean suministrados por fuentes externas, en lugar de que se obtengan directamente a través de nuestro consultorio. Por lo tanto, a fin de evitar una obligación financiera innecesaria para el paciente, comuníquenos esta información.





## Política de finanzas/autorización

**Derivaciones:** su plan de seguro puede tener requisitos específicos para las derivaciones realizadas a fin de consultar a un médico para que lleve a cabo pruebas o tratamientos de diagnóstico. Revise su plan de seguro particular o llame a su seguro para conocer dichos requisitos. Usted tiene la obligación de garantizar que se haya realizado una derivación antes de su consulta. Los pacientes deben presentar una derivación válida para los servicios cubiertos. No se atenderá a los pacientes que no tengan una derivación. Si un paciente se presenta sin una derivación, es posible que sea necesario reprogramar la consulta. Lo ayudaremos con mucho gusto a obtener la derivación. Si la derivación es para una serie de tratamientos, que requieren varias consultas, usted tiene la obligación de garantizar que la derivación cubra la cantidad adecuada de consultas y de llevar un registro de la cantidad de consultas utilizadas y de la fecha de vencimiento de la derivación. Si tiene alguna pregunta sobre esta información, consulte al personal de recepción.

**Análisis de laboratorio:** su plan de seguro puede tener reglas específicas sobre los laboratorios en los que puede realizarse análisis. La mayoría de los planes solo permitirá la realización de un hemograma completo (complete blood count, CBC) en nuestro consultorio. Algunos planes solo permiten la realización de CBC el mismo día de la quimioterapia. Algunas políticas exigen que los análisis se lleven a cabo en el consultorio de su médico de atención primaria (Primary Care Physician, PCP) o en un hospital o centro de extracción designado. Tenemos un contrato con Quest Laboratory, que nos permite hacer y enviar otros análisis de laboratorio; sin embargo, los tipos de análisis permitidos a través de este proceso varían según la política de seguro particular. Por lo tanto, revise su política y llame a su plan de seguro para obtener información precisa. No nos haremos responsables de análisis de laboratorio procesados en un centro incorrecto, y usted deberá asumir la obligación de pagar los cargos que surjan como consecuencia.

**Ingresos en hospitales:** en caso de necesitar hospitalización, comuníquese a su médico cuál es el hospital incluido en la red de su plan de seguro. Es muy probable que la política de su seguro exija una certificación previa a su ingreso, y con esta información logrará acelerar ese proceso.

**Facturación y declaraciones:** si tiene alguna pregunta sobre su declaración de facturación, diríjase al personal de nuestra Central Billing Office (Oficina de Facturación Central) llamando al 847-577-0620, de lunes a viernes de 9:00 a. m. a 4:00 p. m. La administración de la cuenta de cada paciente se asigna a un miembro del personal, según el médico que atiende al paciente. De este modo, usted siempre hablará sobre su cuenta con el mismo especialista competente. Este diseño hace hincapié en el objetivo de nuestra misión, que consiste en atender a cada persona de manera individual y lo mejor que nos sea posible, permitiendo que un especialista particular se familiarice con su cuenta y con sus circunstancias. Es posible que nuestro personal necesite comunicarse con usted por temas relacionados con su cuenta por diversos motivos. Por lo tanto, al firmar el acuse de recibo de este Formulario de política de finanzas/autorización, usted autoriza al personal de Northwest Oncology & Hematology a comunicarse con usted o a dejarle un mensaje en el correo de voz, el contestador automático u otro dispositivo electrónico, o por medio de la persona que atiende el teléfono, en relación con sus consultas o con sus obligaciones administrativas o financieras para con este consultorio. Firmará otro formulario de autorización para que nos comuniquemos con usted u otras personas respecto de su salud y otros problemas relacionados. Nos reservamos el derecho de cobrar un cargo administrativo para ayudar a cubrir los costos en los que incurrimos en un esfuerzo por cobrar las deudas de las cuentas morosas. También nos reservamos el derecho de remitir las cuentas morosas a una agencia de cobros externa si los intentos que realizamos internamente resultan ineficaces. Por lo tanto, lo alentamos a que haga todo lo posible por mantenernos al tanto sobre el estado de su cuenta pendiente.

3701 Algonquin Road, Crossroads Center, Suite 900 • Rolling Meadows, IL 60008 • T/847.870.4100 • F/847.870.0866  
800 Biesterfield Road, Cancer Institute, Suite 210 • Elk Grove Village, IL 60007 • T/847.437.3312 • F/847.956.5107  
1555 Barrington Road, Doctors Building 3, Suite 1200 • Hoffman Estates, IL 60169 • T/847.885.4100 • F/847.885.4199  
27750 W. Highway 22, Suite G70 • Barrington, IL 60010 • T/847.842.0180 • F/847.842.9877  
1435 N. Randall Road, Suite 501 • Elgin, IL 60123 • T/847.577.1023 • F/847.717.0166



Northwest Oncology & Hematology, S.C.

## Aviso sobre prácticas de privacidad

### Acuse de recibo

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Al firmar a continuación, acuso recibo de una copia del Aviso sobre prácticas de privacidad de Northwest Oncology & Hematology, S.C.

\_\_\_\_\_  
*Nombre en letra de imprenta del paciente o representante personal*

\_\_\_\_\_  
*Firma del paciente o representante personal*

\_\_\_\_\_  
*Fecha*

\_\_\_\_\_  
*Descripción de la autoridad del representante personal*

### Asignación de beneficios

Por el presente, autorizo la divulgación de toda información médica y de otro tipo que sea necesaria para asociaciones o compañías aseguradoras, grupos de empleados, agencias gubernamentales o sus terceros pagadores y sus agentes/empleados, reguladores o abogados implicados en mi caso, ya sea por un medio electrónico, por correo, por fax o por servicio de mensajería, pertinente a mi atención médica, a fin de procesar mis solicitudes.

Además, autorizo que los beneficios médicos/hospitalarios que recibí y que se enviaron a mi(s) compañía(s) aseguradora(s) en mi nombre se paguen directamente a Northwest Oncology & Hematology, S.C.

Si la política de mi compañía aseguradora prohíbe el pago directo al médico, por el presente, le indico a mi compañía aseguradora que lleve a cabo la siguiente acción para todo monto pagadero en concepto de beneficios que Northwest Oncology & Hematology haya facturado y que se haya presentado en mi nombre: emitir el cheque pagadero en concepto de beneficios a "mi nombre" y enviarlo por correo a la atención de mi nombre "a cargo de" (in care of, c/o) a la siguiente dirección:

**c/o Northwest Oncology & Hematology, S.C.  
3701 Algonquin Road, Suite 900  
Rolling Meadows, IL 60008**

La presente es una asignación directa de mis derechos y beneficios conforme a esta política.  
Debe considerarse que una fotocopia de esta asignación tiene la misma vigencia y validez que el documento original.

\_\_\_\_\_  
*Nombre en letra de imprenta del paciente o representante personal*

\_\_\_\_\_  
*Firma del paciente o representante personal*

\_\_\_\_\_  
*Fecha*

\_\_\_\_\_  
*Descripción de la autoridad del representante personal*

### Formulario de la política de finanzas/autorización

### Acuse de recibo

Por el presente, acuso recibo de una copia del Formulario de finanzas/autorización de Northwest Oncology & Hematology, S.C. También certifico que he leído y comprendido la información y las políticas incluidas en este documento, y autorizo debidamente a Northwest Oncology & Hematology, S.C. a hacer cumplir las políticas que se adjuntan y los términos correspondientes.

\_\_\_\_\_  
*Nombre en letra de imprenta del paciente o representante personal*

\_\_\_\_\_  
*Firma del paciente o representante personal*

\_\_\_\_\_  
*Fecha*

\_\_\_\_\_  
*Descripción de la autoridad del representante personal*





## Northwest Oncology & Hematology, S.C.#

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

El gobierno y la Ley de Tecnología de la Información de Salud para la Salud Económica y Clínica (Health Information Technology for Economic and Clinical Health, HITECH) nos exigen hacerle ciertas preguntas y almacenar la información en nuestro Sistema de Registros Médicos Electrónicos (Electronic Medical Records System, EMR). La Ley de HITECH le otorga al Department of Health and Human Services (Departamento de Salud y Servicios Humanos, HHS) la autoridad de establecer programas para mejorar la calidad, seguridad y eficacia de la atención médica a través de la promoción de la tecnología de la información de salud (Health Information Technology, HIT), incluidos los registros de salud electrónicos y el intercambio electrónico, privado y seguro de información médica. Complete el siguiente formulario y preséntelo en la recepción para que podamos ingresar sus respuestas en nuestro sistema EMR.

### Origen étnico (*encierre con un círculo las opciones que correspondan*)

Hispano o latinoamericano

Ni hispano ni latinoamericano

### Raza (*encierre con un círculo las opciones que correspondan*)

Indígena americano o nativo de Alaska

Caucásico

Asiático

Nativo de Hawái o de otra isla del Pacífico

Negro o afroamericano

Otro

### Idioma de preferencia (*encierre con un círculo las opciones que correspondan*)

Chino

Polaco

Inglés

Portugués

Francés

Ruso

Italiano

Español

Japonés

Vietnamita

Coreano

### Método de contacto de preferencia (*encierre con un círculo una sola opción*)

Correo

Teléfono:

Hogar

Trabajo

Celular



Northwest Oncology & Hematology, S.C.

## Política de comunicación y exención

La comunicación es fundamental para brindar una atención médica de calidad. Con el fin de brindarle información sobre su atención médica, le solicitamos que complete esta exención. **Este formulario permanecerá activo hasta que el paciente pida modificar o eliminar información.**

Por lo general, nos comunicamos con nuestros pacientes entre las 8:00 a. m. y las 5:00 p. m. Indique el número de teléfono al que podemos llamarlo en este horario.

\_\_\_\_\_ Hogar Trabajo Celular (encierre con un círculo una sola opción)

Si necesitamos comunicarnos con usted fuera de ese horario, ¿a qué número de teléfono podemos llamarlo?

\_\_\_\_\_ Hogar Trabajo Celular (encierre con un círculo una sola opción)

Indique otros números de teléfono a los que podemos llamarlo:

\_\_\_\_\_ Hogar Trabajo Celular (encierre con un círculo una sola opción)

\_\_\_\_\_ Hogar Trabajo Celular (encierre con un círculo una sola opción)

### Autorizo a las siguientes personas a recibir información médica sobre mi atención:

Nombre	Relación	Número de contacto
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

### Autorizo a la siguiente persona a analizar información financiera sobre mi cuenta:

Nombre	Relación	Número de contacto
_____	_____	_____

¿Tiene correo de voz o un contestador automático?    Sí    No    (encierre con un círculo la respuesta)

¿Podemos dejarle **información médica** en el correo de voz o en el contestador automático?    Sí    No  
(encierre con un círculo la respuesta)

---

\_\_\_\_\_  
*Nombre en letra de imprenta*

\_\_\_\_\_  
*Firma*

\_\_\_\_\_  
*Fecha*

Recientemente, se decretaron leyes federales que protegen la privacidad del paciente y nos impiden divulgar información sobre su afección médica sin su autorización. Si le gustaría que solo reveláramos información a los médicos que lo atienden o a su compañía aseguradora, solicite firmar una autorización por separado.



## Antecedentes del paciente

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

### Antecedentes sociales

Estado civil:  Soltero  Casado  En unión de hecho  Divorciado  Viudo  
¿Tiene hijos?  Sí  No Si la respuesta es "Sí", ¿cuántos hijos tiene? \_\_\_\_\_

Profesión (la que tenía antes, si está jubilado): \_\_\_\_\_  Jubilado

¿Tiene un documento de voluntades anticipadas?  Sí  No

¿Hay alguna persona que le gustaría tener como contacto principal en lo referente a su atención médica?  Sí  No

Si la respuesta es "Sí", indique el nombre y la relación: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

¿Actualmente consume productos derivados del tabaco?  Sí  No

Consumo diario:  Cigarros: \_\_\_\_\_  Pipa: \_\_\_\_\_  Tabaco de mascar: \_\_\_\_\_  Cigarrillos electrónicos: \_\_\_\_\_  
 Cigarrillos: \_\_\_\_\_

¿Cuántos años hace que consume estos productos derivados del tabaco? \_\_\_\_\_

¿Alguna vez consumió productos derivados del tabaco?  Sí  No

Si la respuesta es "Sí", indique el consumo diario:  Cigarrillos: \_\_\_\_\_ Cigarros: \_\_\_\_\_ Pipa: \_\_\_\_\_ Tabaco de mascar: \_\_\_\_\_  
 Cigarrillos electrónicos: \_\_\_\_\_

¿Cuándo dejó de consumir estos productos? \_\_\_\_\_ ¿Durante cuántos años consumió este producto derivado del tabaco? \_\_\_\_\_

¿Cuántas copas de vino, cerveza u otra(s) bebida(s) alcohólica(s) bebe por día? \_\_\_\_\_ ¿Por semana? \_\_\_\_\_

¿Tiene antecedentes de alcoholismo?  Sí  No

¿Ha consumido drogas ilegales?  Sí  No Si la respuesta es "Sí", ¿cuáles? \_\_\_\_\_

¿Consumo marihuana?  Sí  No

¿Se encuentra sexualmente activo?  Sí  No

Historial de viajes: ¿Ha salido de EE. UU. en los últimos 6 meses?  Sí  No

Si la respuesta es "Sí", ¿en qué países ha estado? \_\_\_\_\_

### Antecedentes quirúrgicos

Indique todas las operaciones a las que se ha sometido y las fechas correspondientes:

1	5
2	6
3	7
4	8



## Problemas médicos del pasado y presente

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Para todas las opciones, marque "Sí" o "No" y, en caso de marcar "Pasado", indique la fecha aproximada:

	No	Sí Presente	Sí Pasado	Pasado Fecha
Asma				
Electrocardiograma anormal				
Angina				
Anemia (tipo )				
Artritis				
Ceguera, en uno de los ojos				
Fracturas óseas				
Cataratas				
Bronquitis crónica/Enfermedad pulmonar				
Cirrosis hepática				
Problemas en el colon o los intestinos				
Sordera				
Diabetes mellitus				
Disentería				
Otitis				
Enfisema				
Cardiomegalia				
Glaucoma				
Cálculos biliares				
Gota				
Bocio				
Gonorrea				
Rinitis alérgica primaveral				
Soplo cardíaco en edad adulta				
Infarto de miocardio				
Hipertensión arterial				
Hepatitis				
Hemorroides				
Infección renal				
Cálculos renales				
Crisis nerviosa				
Problemas de coagulación				
Poliomielitis				
Flebitis				
Fiebre reumática				
Problemas rectales				

	No	Sí Presente	Sí Pasado	Pasado Fecha
Forúnculos recurrentes				
Accidente cerebrovascular				
Úlcera estomacal o duodenal				
Sífilis				
Enfermedad cutánea				
Depresión grave				
Problemas emocionales graves				
Tuberculosis				
Hipertiroidismo				
Hipotiroidismo				
Várices				

### Hombres

	No	Sí Presente	Sí Pasado	Pasado Fecha
Problemas de próstata				

### Mujeres

	No	Sí Presente	Sí Pasado	Pasado Fecha
Problemas menstruales				
Cistitis				
Mastitis				
Quiste ovárico				
Cáncer de mama				
Otra enfermedad mamaria				
¿Todavía menstrúa?				
Edad en la que tuvo su primera menstruación:				
Edad en la que comenzó la menopausia:				
Motivo por el que cesaron las menstruaciones:				
Cantidad de embarazos:				
Cantidad de hijos:				
Cantidad de abortos espontáneos:				
Observaciones:				
Fecha de la última mamografía:				



## Síntomas actuales

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Síntomas: marque todas las opciones que correspondan o la opción

NINGUNO. ¿Siente dolor?  Sí  No

Si la respuesta es "Sí", ¿dónde? \_\_\_\_\_ Intensidad (1-10): \_\_\_\_\_ Frecuencia: \_\_\_\_\_

<b>GENERAL:</b> <input type="checkbox"/> <i>Ninguno</i>	<b>SISTEMA ENDOCRINO:</b> <input type="checkbox"/> <i>Ninguno</i>	<b>PIEL:</b> <input type="checkbox"/> <i>Ninguno</i>
<input type="checkbox"/> Cambio en el peso	<input type="checkbox"/> Sofocos	<input type="checkbox"/> Erupción cutánea
<input type="checkbox"/> Fatiga	<input type="checkbox"/> Micción frecuente	<input type="checkbox"/> Prurito
<input type="checkbox"/> Cambio en el apetito	<input type="checkbox"/> Sed excesiva	<input type="checkbox"/> Enrojecimiento
<input type="checkbox"/> Sudoración nocturna	<input type="checkbox"/> Intolerancia al frío y al calor	<input type="checkbox"/> Pérdida de cabello
<input type="checkbox"/> Fiebre	<b>APARATO DIGESTIVO:</b> <input type="checkbox"/> <i>Ninguno</i>	<input type="checkbox"/> Cambios en las uñas
<input type="checkbox"/> Escalofríos	<input type="checkbox"/> Náuseas	<input type="checkbox"/> Cambios en las palmas de las manos o en las plantas de los pies
<input type="checkbox"/> Debilidad general	<input type="checkbox"/> Vómitos	<input type="checkbox"/> Cambios en lunares o verrugas
<input type="checkbox"/> Resfriados frecuentes	<input type="checkbox"/> Ardor de estómago	<input type="checkbox"/> Una herida que no se cura
<b>OJOS:</b> <input type="checkbox"/> <i>Ninguno</i>	<input type="checkbox"/> Estreñimiento	<input type="checkbox"/> Otras molestias cutáneas
<input type="checkbox"/> Visión borrosa	<input type="checkbox"/> Diarrea	<b>SISTEMA NERVIOSO:</b> <input type="checkbox"/> <i>Ninguno</i>
<input type="checkbox"/> Visión doble	<input type="checkbox"/> Dolor abdominal	<input type="checkbox"/> Dolores de cabeza
<input type="checkbox"/> Cambio en la visión	<input type="checkbox"/> Sangrado rectal	<input type="checkbox"/> Convulsiones
<input type="checkbox"/> Dolor ocular	<input type="checkbox"/> Incontinencia intestinal	<input type="checkbox"/> Mareos
<b>OÍDOS, NARIZ, BOCA y GARGANTA:</b> <input type="checkbox"/> <i>Ninguno</i>	<input type="checkbox"/> Cambio en los hábitos intestinales	<input type="checkbox"/> Pérdida del equilibrio
<input type="checkbox"/> Problemas/pérdida de la audición	<input type="checkbox"/> Deposiciones oscuras	<input type="checkbox"/> Debilidad en los brazos o en las piernas
<input type="checkbox"/> Zumbido en los oídos	<input type="checkbox"/> Hemorroides	<input type="checkbox"/> Pérdida de la memoria
<input type="checkbox"/> Problemas para tragar	<input type="checkbox"/> Dificultad para tragar	<input type="checkbox"/> Dificultad para pensar
<input type="checkbox"/> Dolor de garganta	<input type="checkbox"/> Ardor de estómago frecuente	<input type="checkbox"/> Entumecimiento de los brazos o de las piernas
<input type="checkbox"/> Secreción nasal	<input type="checkbox"/> Eructos o gases excesivos	<input type="checkbox"/> Desmayos
<input type="checkbox"/> Sangrado nasal	<b>APARATO GENITOURINARIO:</b> <input type="checkbox"/> <i>Ninguno</i>	<b>SÍNTOMAS PSIQUIÁTRICOS:</b> <input type="checkbox"/> <i>Ninguno</i>
<input type="checkbox"/> Ronquera	<input type="checkbox"/> Ardor al orinar	<input type="checkbox"/> Ansiedad/nerviosismo
<input type="checkbox"/> Úlceras en la boca	<input type="checkbox"/> Dolor al orinar	<input type="checkbox"/> Depresión
<input type="checkbox"/> Sangrado de las encías	<input type="checkbox"/> Sangre en la orina	<input type="checkbox"/> Dificultad para dormir/insomnio
<input type="checkbox"/> Problemas dentales	<input type="checkbox"/> Micción frecuente	<input type="checkbox"/> Estrés laboral/familiar
<input type="checkbox"/> Goteo nasal posterior	<input type="checkbox"/> Incontinencia urinaria	<b>TRASTORNOS SANGUÍNEOS:</b> <input type="checkbox"/> <i>Ninguno</i>
<input type="checkbox"/> Problemas sinusales	<input type="checkbox"/> Micción excesiva durante el día o la noche	<input type="checkbox"/> Hematomas
<b>CORAZÓN:</b> <input type="checkbox"/> <i>Ninguno</i>	<input type="checkbox"/> Lentitud al inicio o al final de la micción	<input type="checkbox"/> Sangrado anormal
<input type="checkbox"/> Dolor en el pecho	<input type="checkbox"/> Imposibilidad de retener la orina	<input type="checkbox"/> Ganglios linfáticos inflamados
<input type="checkbox"/> Palpitaciones	<b>HOMBRES ÚNICAMENTE...</b>	<b>SISTEMA INMUNITARIO:</b> <input type="checkbox"/> <i>Ninguno</i>
<input type="checkbox"/> Mareos leves	<input type="checkbox"/> Impotencia	<input type="checkbox"/> Reacciones alérgicas graves
<input type="checkbox"/> Hinchazón en los pies, en los tobillos o en las manos	<input type="checkbox"/> Infecciones de la próstata	<input type="checkbox"/> Infecciones frecuentes o graves
<input type="checkbox"/> Soplo	<b>MUJERES ÚNICAMENTE...</b>	<input type="checkbox"/> Alergia al polen/rinitis alérgica primaveral
<b>PULMONES:</b> <input type="checkbox"/> <i>Ninguno</i>	<input type="checkbox"/> Dolor durante el coito	
<input type="checkbox"/> Tos	<input type="checkbox"/> Flujo o sangrado vaginal	
<input type="checkbox"/> Producción de esputo	<b>HUESOS, ARTICULACIONES, MÚSCULOS:</b> <input type="checkbox"/> <i>Ninguno</i>	
<input type="checkbox"/> Tos con sangre	<input type="checkbox"/> Inflamación articular	
<input type="checkbox"/> Dificultad para respirar	<input type="checkbox"/> Rigidez	
<input type="checkbox"/> Sibilancia	<input type="checkbox"/> Dolor de espalda	
<input type="checkbox"/> Dificultad para respirar en posición horizontal	<input type="checkbox"/> Artritis	
	<input type="checkbox"/> Dolor muscular	<input type="checkbox"/> Dolor óseo



## Antecedentes médicos familiares

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Pariente	Edad	Vive (V) o no vive (NV)*	*Si NV, indique el motivo del fallecimiento	¿Tiene o tuvo cáncer o trastornos sanguíneos? Si la respuesta es "Sí", indique de qué tipo: (p. ej., cáncer de mama, de pulmón, de colon; problemas de coagulación, leucemia)
Madre				
Abuela materna				
Abuelo materno				
Hermanos de la madre				
Padre				
Abuela paterna				
Abuelo paterno				
Hermanos del padre				
Su hijo				
Su hijo				
Su hijo				
Su hermano				
Su hermano				
Su hermano				
Su hermano				
Sus sobrinos				
Sus primos				

¿Tiene ascendencia judía asquenazí?  Sí  No

¿Le preocupa la presencia de cáncer en sus antecedentes médicos personales o familiares?  Sí  No

¿Usted o algún miembro de su familia se sometieron a pruebas genéticas para determinar la presencia del síndrome de cáncer hereditario?  Sí  No





## Lista de medicamentos

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Médico: \_\_\_\_\_

**Incluya los medicamentos de venta libre, las hierbas medicinales y las vitaminas que toma habitualmente.**

Fecha	Medicamento/Receta	Dosis	Médico que recetó el medicamento	Fecha en la que comenzó a tomar el medicamento

**Alergias:**

¿Es alérgico a los mariscos o al líquido de contraste que se usa para tomar radiografías?  **Sí**  **No**

¿Es alérgico al látex?  **Sí**  **No**

Indique todos los medicamentos a los que es alérgico y el tipo de reacción que le generan (p. ej., urticaria, problemas para respirar, erupción):

---

---

---