

Formulario I: Registro y Autorización

ESTA AUTORIZACIÓN APLICA A TODOS LOS ARCHIVOS MÉDICOS, MATERIALES E INFORMACIÓN PROPORCIONADA A LA SEGUNDA OPINIÓN

Solicito una segunda opinión acerca de mi diagnóstico y tratamiento del cáncer. Mediante la firma de este documento autorizo que **thesecondopinion** pueda tener acceso a mi información médica y compartirla con los doctores y especialistas médicos asociados con los servicios ofrecidos por **thesecondopinion** a fin de obtener una consulta médica y atención por parte de mis médicos tratantes.

Tengo entendido que los empleados de **thesecondopinion** tendrán acceso a mis registros, quienes se encargarán de entregarlos a los médicos y especialistas que tomarán parte en el proceso de dar una segunda opinión. Todos mis datos serán confidenciales. Esta autorización también aplica a toda la información actualizada que yo pueda suministrar en la reunión de una segunda opinión en la fecha establecida por el panel.

También autorizo a que se me proporcione una carta de seguimiento sobre una segunda opinión y a mi médicos tratantes, a quienes designaré en el momento del panel

Entiendo que **thesecondopinion** no cobra honorarios por sus servicios pero acepta contribuciones deducibles de impuestos como una organización sin fines de lucro.

Comprendo que puedo revocar esta autorización por escrito en cualquier momento.

Esta autorización caduca un año después de la fecha indicada a continuación o al momento de mi revocación, cualquiera que suceda primero.

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Formulario Médico de Ingreso--Formulario II

Nombre: _____ **Fecha de nacimiento:** _____ **Sexo:** _____

Correo electrónico: _____ **Teléfono** _____
Residencia Celular o móvil

Dirección: _____

País: _____

Datos de contacto distinto del paciente: _____

Teléfono y correo electrónico de la persona de contacto: _____

Tipo de cáncer: _____

¿Cuándo fue diagnosticado(a) con cáncer?

¿Le han dado una Segunda Opinión anteriormente? _____ **Si la respuesta es afirmativa, ¿cuándo y dónde?** _____

Tiene intenciones de pedir otras opiniones _____ **Si la respuesta es afirmativa, ¿cuándo y dónde?** _____

☐

Necesitaré la ayuda de servicios de traducción.

¿En qué idioma? _____

¿Cómo se enteró de nosotros?

¿Por qué está buscando una segunda opinión?

Describanos por favor brevemente sobre su diagnóstico y tratamiento de cáncer hasta la fecha. Esto nos ayudará a determinar el tipo de documentos que usted necesitará para la revisión ante el panel:

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD SOBRE EL PACIENTE

LA SUSCRITA AUTORIZA:

NOMBRE DEL HOSPITAL, DOCTOR, LABORATORIO O DEPARTAMENTO

DIRECCIÓN

CIUDAD

ESTADO

CÓDIGO POSTAL

DIVULGAR LA INFORMACIÓN A:

Howard B. Kleckner, MD
Medical Director
The Second Opinion
1200 Gough Street – Suite 500
San Francisco, CA 94109

LOS ARCHIVOS E INFORMACIÓN DE:

NOMBRE DEL PACIENTE

NÚMERO MÉDICO

FECHA DE NACIMIENTO

DIRECCIÓN

TELÉFONOUSO PREVISTO: PANEL CONSULTIVO SOBRE CÁNCER

Duración: entiendo que esta autorización entrará en vigencia de forma inmediata y será válida por un año.

Derecho a revocar: comprendo que puedo revocar esta autorización por escrito en cualquier momento.

Reaplicación: tengo entendido que no se podrá hacer otro uso de esta información sin mi autorización previa a menos que dicho uso sea específicamente necesario y/o permitido por la ley.

ARCHIVOS A DIVULGAR:

- ☐ ARCHIVOS MÉDICOS RELACIONADOS CON EL DIAGNÓSTICO DE CÁNCER INCLUYENDO EXÁMENES DE LABORATORIO
- ☐ REPORTE, CONSULTAS, INFORMES DE OPERACIONES Y SUMARIOS DE INFORMACIÓN DEL PACIENTE
- ☐ ESTUDIOS DE IMAGENOLÓGÍA, RAYOS X, Y REPORTE, Y TOMOGRAFÍAS COMPUTARIZADAS, RESONANCIA MAGNÉTICA Y REPORTE
- ☐ MAMOGRAMAS, ULTRASONIDOS, Y REPORTE
- ☐ DIAPOSITIVAS DE PATOLOGÍA Y REPORTE
- ☐ ECOGRAFÍA NUCLEAR Y REPORTE

Firma del paciente: _____

Fecha: _____

FORMULARIO IV: MÉDICOS E INFO. MÉDICA

Fecha: _____

Nombre: _____

Teléfono: _____

Residencia

Celular o móvil

Correo electrónico: _____ Tipo de cáncer: _____

¿Le han dado una Segunda Opinión anteriormente? _____ Si la respuesta es afirmativa, ¿cuándo y dónde? _____

Tiene intenciones de pedir otras opiniones _____ Si la respuesta es afirmativa, ¿cuándo y _____

☐

Necesitaré la ayuda de servicios de traducción.

¿En qué idioma? _____

A su leal saber y entender, enumere todos los doctores e instituciones clínicas que participan de su cuidado médico**Le agradecemos que escriba las direcciones y los números telefónicos****Oncólogo:** _____, DR.

Institución/Hospital: _____

Dirección: _____

Teléfono/Fax: _____

Fechas en las que recibió cuidado médico: _____

Cirujano: _____, DR _____

Institución/Hospital: _____

Dirección: _____

Teléfono/Fax: _____

Fechas en las que recibió cuidado médico: _____

Especialista en radioterapia

Institución/Hospital: _____, DR _____

Dirección: _____

Teléfono/Fax: _____

Fechas en las que recibió cuidado médico: _____

Otro especialista: _____, DR _____

Institución/Hospital: _____

Dirección: _____

Teléfono/Fax: _____

Fechas en las que recibió cuidado médico: _____

Hospital/Institución: Departamento de Archivos Médicos**Dirección:** _____**Departamento de radiología:** _____**Dirección:** _____**Departamento de patología:** _____**Dirección:** _____**Otro departamento:** _____**Dirección:** _____*Siéntase en libertad de usar la página de atrás si necesita más espacio*

FORMULARIO V: CUESTIONARIO CON PROPÓSITOS ESTADÍSTICOS

Nombre: (iniciales) _____ Edad: _____ Fecha: _____ Sexo: _____

Tipo de cáncer _____

¿Cómo se enteró de nuestros servicios? _____

**La información que se ofrece a continuación sólo se utiliza para proporcionar datos estadísticos a posibles organismos de financiación.
No se proveerán nombres.**

1. Origen étnico: (Encierre en un círculo todas las opciones de origen étnico que lo identifiquen):

Afroamericano Latino/Hispano Isleño del pacífico Asiático
Indígena de los Estados Unidos Blanco Multirracial Otro

2. Es usted: (Encierre en un círculo solo una opción) Soltero Casado Viudo
Divorciado

3. Es usted:: (Encierre en un círculo todas las que procedan)

Empleado Jubilado Desempleado Con discapacidad Otro

4. Ingreso familiar Anual Combinado : (Encierre en un círculo una de las siguientes):

\$50,000 o menos \$51,000 -\$79,000 80,000-100,000 \$101,000 o superior

5. Tiene usted cobertura médica a través de (Encierre en un círculo todas las que procedan):

Seguro médico Medi-cal Medicare Sin seguro médico Otro

Nuestros servicios de asesoramiento son totalmente gratuitos. No le facturaremos ni tampoco a quien provee su cuidado de salud. Sin embargo, nos gustaría saber si usted tiene cobertura que incluya los costos de obtener una segunda opinión, incluso si es por fuera de su plan de salud

Si Parcial con copago No no sé

Gracias por brindar esta información a **thesecondopinion**.

Spanish translation services donated by Ferney Orlando Sánchez