



RUTGERS

Cancer Institute of New Jersey
at University Hospital

RUTGERS HEALTH

DEPARTAMENTO DE ONCOLOGÍA RADIOTERÁPICA

INFORMACIÓN DE PACIENTE NUEVO

USAR ETIQUETA DEL PACIENTE

Su información de contacto Contacto en casos de emergencia #1 Contacto en casos de emergencia #2

Nombre: _____

Teléfono móvil: _____

Teléfono fijo: _____

Teléfono laboral: _____

Dirección de correo electrónico: _____

¿Cuál es su dirección postal? _____

¿Con quién vive? ☐ Vivo solo ☐ Con cónyuge/pareja ☐ Con mis hijos ☐ Otro

Idioma(s) que habla: _____

Su ocupación: _____ Su seguro médico: _____

¿Cuál es la mejor manera de comunicarse con usted? ☐ Llamada telefónica ☐ Mensaje de texto ☐ Correo electrónico ☐ Carta

¿Con quién hay que comunicarse para programar las pruebas y los procedimientos? ☐ Paciente ☐ Otra persona: _____

Médico de atención primaria Nombre: _____ Núm. de teléfono: _____

Ubicación del consultorio: _____

Médicos a los que ha acudido para tratar el cáncer: _____

¿Ha recibido anteriormente radioterapia? ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, ¿cuándo y en qué centro? _____

¿Ha recibido anteriormente quimioterapia? ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, ¿cuándo y en qué centro? _____

¿Tiene un dispositivo implantado (como un marcapasos, un desfibrilador o un neuroestimulador)? ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, qué tipo de dispositivo, marca y número de modelo: _____

¿Está embarazada? ☐ Sí ☐ No ☐ No aplica

¿Tiene una declaración de voluntad anticipada? ☐ Sí ☐ No

¿Desea información sobre declaraciones de voluntad anticipada? ☐ Sí ☐ No

¿Actualmente fuma cigarrillos? ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, ¿está interesado en acudir a un especialista para que le ayude a dejar de fumar? ☐ Sí ☐ No

¿Se ha sometido a alguna de las siguientes pruebas de detección de cáncer?

¿Colonoscopia para cáncer de colon? ☐ Sí ☐ No ☐ Tomografía computarizada de tórax para el cáncer de pulmón? ☐ Sí ☐ No

¿Prueba de sangre del PSA para el cáncer de próstata? ☐ Sí ☐ No

¿Mamografía para el cáncer de mama? ☐ Sí ☐ No ☐ Papanicolaou para cáncer de cuello uterino? ☐ Sí ☐ No

CONTINÚA EN EL REVERSO

UNIVERSITY HOSPITAL • RUTGERS CINJ
INFORMACIÓN DE PACIENTE NUEVO

USAR ETIQUETA DEL PACIENTE

Revisión de los sistemas: Marque la casilla "sí" o "no" para indicar si actualmente tiene alguno de los siguientes:					
	Sí	No		Sí	No
Ojos			Aparto Digestivo		
Secreción ocular			Dolor abdominal		
Dolor en los ojos			Cambio en las heces (como alquitrán o con sangre)		
Cabeza/ Nariz/garganta/oídos			Estreñimiento		
Dolor de cabeza			Diarrea		
Mareos			Nauseas/ Vómitos		
Pérdida de la audición			Aparato Genitourinario		
Dolor en los oídos			Dificultad para orinar		
Zumbido en los oídos			Ardor al orinar		
Sangrados nasales			Urgencia al orinar		
Congestión			Necesidad de orinar durante la noche		
Problemas dentales			Problemas con el chorro de orina		
Dolor de garganta			Sangre en la orina		
Dificultad para tragar			Urgencia		
Aparato Respiratorio			Actividad sexual		
Falta de aire			Aparato Reproductivo		
Tos			Bultos en las mamas		
Sibilancias			Descarga del pezón		
Sistema Cardiovascular			Flujo/sangrado vaginal		
Dolor de pecho			Última menstruación		
Inflamación de piernas			Edad en la que comenzó a menstruar		
Palpitaciones			Cantidad de embarazos		
Presión arterial alta			Cantidad de nacimientos vivos		
Sistema Musculoesquelético			Sistema Hematológico		
Artritis/dolor de las articulaciones			Ganglios linfáticos aumentados		
Inflamación de las articulaciones			Moretones/sangrados con facilidad		
Dolor de espalda			Sistema Inmunológico		
Problema para caminar			Artritis reumatoide		
Piel			Lupus		
Erupción/picazón			Esclerodermia		
Herida			Sistema Neurológico		
Psiquiátrico			Entumecimiento.		
Agitación			Convulsiones		
Confusión			Dificultad para hablar		
Estado de ánimo deprimido			Desmayos		
Nervios/ansiedad			Debilidad en brazos o piernas		

Firma del paciente: _____ Fecha: _____