





Revisión del Historial Medico

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre completo: \_\_\_\_\_ Nombre de preferencia: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ libras

Razón de visita: \_\_\_\_\_

Estado marital:  Soltera  Divorciada  Casada  Pareja domestica  Separada Nombre de pareja: \_\_\_\_\_

**Alergias**

Es alérgica/o a medicamentos o comidas:  SI  NO Cual y que reacción \_\_\_\_\_

**Hábitos**

Fuma:  SI  NO Cuantos cigarrillos por día \_\_\_\_\_ Cuantos años \_\_\_\_\_ Dejo durante embarazo?  SI  NO

Alcohol:  SI  NO Cuanto alcohol por día \_\_\_\_\_ Cuantos años \_\_\_\_\_ Dejo durante embarazo?  SI  NO

Otro tipo de drogas?  SI  NO Rayos x durante este embarazo?  SI  NO VIH discutido?  SI  NO

En el presente esta tomando medicamentos o vitaminas?  SI  NO Cuales y cuanto: \_\_\_\_\_

Su mama tomo medicamento para prevenir un aborto involuntario cuando embarazada de usted?  SI  NO

**Historia Menstrual**

Fecha del primer día de su última menstruación? \_\_\_\_\_ Edad del inicio de menopausia \_\_\_\_\_

Edad de primera menstruación: \_\_\_\_\_

Cuantos días regla: \_\_\_\_\_ Regla pesado?  SI  NO Tiene dolor con su menstruación?  SI  NO

Tiene sangrado anormal?  SI  NO Tiene Síndrome Premenstrual?  SI  NO

Cuantos días del primer día de su menstruación al primer día de su próxima menstruación: \_\_\_\_\_

Han tenido un Papanicolaou anormal?  SI  NO Si? Hace cuanto: \_\_\_\_\_

Fecha de su último Papanicolaou: \_\_\_\_\_

Fecha de su último mamograma: \_\_\_\_\_

**Historia Sexual**

Esta actualmente teniendo relaciones sexuales?  SI  NO  Con Mujer  Hombre  Hombre y Mujer

Tiene dolor durante o después de relaciones sexuales?  SI  NO Se siente satisfecha con sus relaciones sexuales?  SI  NO

Tiene preguntas sobre sus relaciones sexuales que le gustaría discutir?  SI  NO \_\_\_\_\_

Tiene historia de abuso sexual?  SI  NO Alguien le a golpeado o lastimado en este año pasado?  SI  NO

Que tipo de anticonceptivo usa?  SI  NO Que tipo de anticonceptivo a usado en el pasado? \_\_\_\_\_

Ha sufrido de enfermedad de inflamación pélvica en el pasado?  SI  NO

Tiene historia de enfermedades sexuales?  chlamydia  gonorrea  herpes  genital warts

**Historia Obstétrica**

Cuantos embarazos a tenido? \_\_\_\_\_ Cuantos hijos vivos: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento	Longitud de embarazo	Horas de parto	Tipo de parto	Anestesia	Sexo	Peso	Lugar de nacimiento	Complicaciones?

## **Historia Psicológica**

Ha tenido un historial de uso de drogas?  SI  NO

En caso afirmativo, indique que drogas \_\_\_\_\_

Esta viendo actualmente a un terapeuta?  SI  NO

En caso afirmativo, a quien? \_\_\_\_\_

Algún otro problema que desea discutir?  SI  NO

Por favor indique el problema \_\_\_\_\_

## **Hospitalizaciones y Cirugías**

*Por favor de poner fecha, la razón y en que parte del cuerpo.*

### **Operaciones**

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

### **Hospitalización por enfermedad o lesión**

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

Ha tenido alguna complicación con alguna cirugía?  SI  NO Si es así, por favor explique \_\_\_\_\_

Ha sufrido enfermedades crónicas o serias?  SI  NO

Si, cual es el problema: \_\_\_\_\_

## **Condición Física General**

*Tiene algún problema con uno o más de lo siguiente, circule el problema.*

- |  |  |
|--|--|
| Oídos, ojos, nariz, garganta? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO                                    | Problemas del Corazón, alta presión? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO             |
| Problemas de pulmón, asma, bronquitis? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO                           | Bultos, dolor, secreción mamaria? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO                |
| Problemas de estómago, intestinos, vesicular? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO                    | Problemas de venas varicosas o flebitis? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO         |
| Problemas del riñón, de la vejiga o escape de orina? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO             | Dolores de cabeza, migrañas o desorden nervioso? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| Hepatitis o cualquier tipo de enfermedad del hígado o ictericia? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | Varicela? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO  |
| Anemia, desorden sanguíneo o transfusiones de sangre? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO            |  |
| Problemas del tiroides, diabetes, otros problemas endocrinos? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO    |  |
| Otros problemas médicos pasados o presents _____   |  |

## **Historial Familiar**

*Quien en su familia tiene lo siguiente:*

- |  |   |
|--|---|
| Alta presión? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Quien _____  | Embolia? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Quien _____  |
| Problemas del Corazón? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Quien _____                                   | Diabetes? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Quien _____ |
| Hepatitis, Tuberculosis u otras infecciones contagiosas? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Quien _____ |   |
| Otro problema? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Cual _____  |   |

## **Historial Genética**

*Pro favor de contestar las preguntas si esta embarazada o esta pensando en embarazarse.*

En su familia hay desordenes genéticas o defectos de nacimiento?  SI  NO

En su familia existen las siguientes anomalías? Si? Cual es su relación con la persona.

- |  |   |   |
|--|---|---|
| Anemia de células falciformes? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | X Frágil? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO             | Hemofilia? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO                |
| Talasemia? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO                     | La fibrosis quística? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | Espina bífida? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO            |
| Enfermedad Tay-Sachs? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO          | Huningtons Corea? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO     | Labio o paladar leporino? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| Síndrome Down? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO                 | Distrofia Muscular? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO   | Problema cromosómico? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO     |

Alguien en su familia con retraso en su desarrollo?  SI  NO

Tiene alguna pregunta de este embarazo o un futuro embarazo

## Cuestionario sobre antecedentes familiares para síndromes comunes de Cáncer Hereditario

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

Médico: \_\_\_\_\_

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

Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

**Este cuestionario se utiliza para identificar cánceres que se presentan en las familias. Tenga en cuenta los parientes siguientes:**

*Madre/Padre/Hermano/Hermana/Hijos = Parientes de Generación Primera (1<sup>a</sup>)*

*Tía/Tío/Abuelos/Sobrina/Sobrino = Parientes de Generación Segunda (2<sup>nd</sup>)*

*Primos/Bisabuelos/Tía Abuela/Tío Abuelo = Parientes de Generación Tercera (3<sup>rd</sup>)*

Alguna vez se ha hecho usted o alguno de sus familiares una prueba para detectar su riesgo de cáncer hereditario (BRCA/Colaris)?

SÍ       NO

		CÁNCER DE COLON Y DE ÚTERO/ENDOMETRIO (Síndrome de Lynch / Colaris)	USTED	SU RELACIÓN CON EL PARIENTE CON CÁNCER		EDAD AL MOMENTO DEL DIAGNÓSTICO
				POR PARTE DE SU MADRE	POR PARTE DE SU PADRE	
<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<b>EJEMPLO:</b> Dos o más parientes con cáncer de colon o de útero (endometrio), uno antes de los 50 años			Tía-colon Hermana-útero	47 años 60 años
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	¿Usted ha tenido cáncer de útero (endometrio) o cáncer de colon, antes de los 50 años?				
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Dos o más parientes (del mismo lado de la familia) de cualquiera de los siguientes tipos de cáncer, uno antes de los 50 años. ( <b>por favor marque con un círculo</b> ): colon/colorrectal, ovario, útero/endometrio, estómago, riñón/vías urinarias, cerebro y/o intestino delgado				
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Tres o más parientes (del mismo lado de la familia) de cualquiera de los siguientes tipos de cáncer, a cualquier edad. ( <b>por favor marque con un círculo</b> ): colon/colorrectal, ovario, útero/endometrio, estómago, riñón/vías urinarias, cerebro y/o intestino Delgado				
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	¿ Existe una mutación conocida del Síndrome de Lynch en su familia?				
		CÁNCER DE MAMA Y DE OVARIO (HBOC/BRACAnalysis)	USTED	SU RELACIÓN CON EL PARIENTE CON CÁNCER		EDAD AL MOMENTO DEL DIAGNÓSTICO
				POR PARTE DE SU MADRE	POR PARTE DE SU PADRE	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Cáncer de mama a la edad de 45 años, o menos (Usted mismo, o familia de Primera o Segunda Generación)				
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Cáncer de ovario a cualquier edad (Usted mismo, o familia de Primera o Segunda Generación)				
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Dos parientes (del mismo lado de la familia) con cáncer de mama, uno antes de los 50 años				
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Tres parientes (del mismo lado de la familia) con cáncer de mama, a cualquier edad				
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Cáncer de mama en ambas mamas o múltiples tumores malignos primarios de mama				
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Cáncer de mama en hombres				
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Judía Asquenazí linaje, también con cáncer de mama, de ovario, o cáncer de páncreas, (en la misma persona o del mismo lado de la familia)				
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Cáncer de páncreas, también con cáncer de mama o cáncer de ovario, (en la misma persona o del mismo lado de la familia)				
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Cáncer de mama del tipo "Triple Negative", antes de los 60 años (ER, PR and Her2 negative receptor status)				
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	¿ Existe una mutación conocida de "BRCA" en su familia?				

Existen otros tipos de cáncer en su familia? (indique el tipo de cáncer, cual pariente y la edad al momento del diagnóstico): \_\_\_\_\_

Firma del Paciente: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

### FOR OFFICE USE ONLY

Patient is appropriate for further risk assessment and/or genetic testing

Information given to patient to review.

Follow-up appointment scheduled on: \_\_\_\_\_

Patient offered genetic testing: Accepted OR Declined

HCP Signature: \_\_\_\_\_



## Advanced Women's Healthcare Póliza Financiera

Nombre paciente: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_\_

Quisiéramos compartir las siguientes pólizas con usted de modo que usted entienda su responsabilidad financiera con respecto a los cargos de los servicios rendidos a usted por esta oficina.

Como cortesía, contactaremos a su compañía de seguro para verificar sus beneficios, y también mandamos la cuenta a su compañía de seguro por los servicios. Cualquier cantidad dada a nosotros por su compañía de seguro es solamente cotizaciones y no una garantía de pago. Es su responsabilidad saber qué se cubre bajo su seguro y cuál es su parte de costos. Usted será responsable financieramente de cualquier balance no pagado por su compañía de seguro.

Dependiendo de los servicios proporcionados por nuestra oficina, usted puede recibir cargos adicionales y una cuenta de, pero no limitado a, una farmacia, una facilidad de la proyección de imagen, un laboratorio, patología, anesthesiólogo, un radiólogo, y un centro de cirugía o un hospital. No tenemos el acceso o conocimiento a qué se cubre bajo su seguro para estas otras instalaciones.

Pagos serán colectados completamente. Los deducibles, co-pagos y costos del co-seguro serán colectados en el tiempo de servicio. *Por favor note:* Cualquier sobre pago será consolidado solamente una vez que el tratamiento haya terminado, y recibamos el pago de su compañía de seguros (co-pagos, co-seguros, depósitos de cirugía, o si usted completa su deducible temprano).

### Resumen de Póliza Financiera:

1. Debería de saber su régimen de seguro y cuáles son sus beneficios cubiertos. Usted será responsable de cualquier balance restante que su seguro no cubra. Usted puede también recibir cargas separadas de otras instalaciones.
2. Como cortesía, verificaremos sus beneficios y mandaremos la cuenta a su seguro para los servicios. Usted será responsable a la hora del servicio del pago completo de deducibles anuales, co-pagos, costos del co-seguro, y de cargas de los servicios no cubiertos por su seguro.
3. Aceptamos efectivo, cheques, tarjetas de debito, Visa, o Mastercard. Habrá un cobro de \$25 por todos los cheques devueltos.
4. Hay un cargo de \$30 por citas perdidas, canceladas o reprogramadas con menos de 2 días laborales.  
*Las citas solo se pueden cambiar durante horas de negocio.*
5. Si usted programa una cirugía y cancela dentro de 14 días de la fecha de la cirugía, su depósito de cirugía no será consolidado. Los depósitos de la cirugía se colectan a la hora de programar, y se consolidan una vez que recibamos el pago de su compañía de seguro.
6. Para las cuentas atrasadas más de 30 días, habrá un cobro de \$10 agregado a todas las cuentas cada 30 días para los balances atrasados. Llame por favor el departamento de facturación para las opciones de pago.
7. En caso que su cuenta se deba mandar a colección, un cobro de colección de 35% será agregado a su cuenta.
8. Hay un cobro de \$10 para las formas de la discapacidad del estado y \$10 para las formas suplementales de la discapacidad.

**Firmando abajo, entiendo la póliza financiera y mi responsabilidad financieras de Advanced Women's Healthcare con respecto a las cargas incurridas en esta oficina.**

\_\_\_\_\_  
Firma Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

1100 N. Palm Canyon Drive, Suite 212  
Palm Springs, CA 92262  
Phone 760.327.7900 • Fax 760.327.7905

7355 Church Street, Suite F  
Yucca Valley, CA 92284  
Phone 760.327.7900 • Fax 760.327.7905

79-200 Corporate Center Drive, Suite 201  
La Quinta, CA 92253  
Phone 760.564.7900 • Fax 760.327.7905



## Advanced Women's Healthcare

### AVISO DE HIPAA PRACTICAS DE PRIVACIDAD

*Este aviso describe como la información medica sobre usted puede ser utilizada y ser divulgada y como usted puede conseguir el acceso a esta información.*

*Repáselo por favor cuidadosamente.*

Esta aviso de las Prácticas de la Privacidad describe como podemos utilizar y divulgar su información de salud protegida (PHI) para llevar hacia fuera el tratamiento, pago o las operaciones del cuidado medico (TPO) y para otros propósitos que sean permitidos o requeridos por la ley. También describe sus derechos de tener acceso y de controlar su información de salud protegida. La “información de salud protegida” es información sobre usted, incluyendo la información demográfica que pueden identificarle y que se relaciona con su salud ultima, actual o futura o condición física o mental y servicios relacionados del cuidado medico.

**Uso y accesos de la información de su salud protegida:** Su información de salud protegida puede ser utilizada y divulgado por su medico, nuestro personal de oficina y otros fuera de nuestra oficina que están implicadas en su cuidado y el tratamiento con el fin de proporcionar cuidado medico a usted, para pagar su cuidado medico, para apoyar la operación de la practica del medico, y cualquier otro uso requerido por la ley.

**Tratamiento:** Utilizaremos y divulgaremos su información de salud protegida para proporcionar, para coordinar, o para manejar su cuidado medico y cualquier servicio relacionado. Esto incluye la coordinación o la gerencia de su cuidado medico con terceros. Por ejemplo, su información de salud protegida se puede proporcionar a un medico a quien le han referido para asegurar de que el medico tiene la información necesaria para diagnosticarle o para tratar.

**Operaciones del Cuidado de Salud:** Podemos utilizar o divulgar, según lo necesitado, su información de salud protegida para apoyar las actividades económicas de la practica de su medico. Estas actividades incluyen, pero no se limitan a, las actividades para verificar la calidad, las actividades de la revisión del empleado, entrenamiento de estudiantes de medicina, el licenciar, y el conducir o arreglo para otras actividades económicas. Por ejemplo, podemos divulgar su hoja protegida de salud en el escritorio del registro donde le pedirán firmar su nombre e indicar su medico. Podemos también llamarle por nombre en el cuarto que espera cuando su medico este listo para atenderle. Podemos utilizar o divulgar su información de salud protegida, como necesario, para comunicarnos con usted y recordarle de su cita.

Podemos utilizar o divulgar su información de salud protegida en la situación siguiente sin su autorización. Estas situaciones incluyen: según los requisitos de ley, la salud publica, enfermedades comunicables: Descuido, abuso o negligencia de la salud: requisitos de la administración del alimento y de la droga: procesos jurídicos: Aplicación de ley: Coroners, directores fúnebres, y donación del órgano: Investigación: Actividad criminal: actividad militar y seguridad nacional: Remuneración de los Trabajadores: Internos: Aplicaciones y accesos requeridos: Bajo ley, debemos informarle a usted cuando son requeridos por el secretario del departamento de los servicios de salud y humanos para investigar o para determinar nuestra conformidad con los requisitos de Sección 164.500.

**Otras Aplicaciones y accesos permitidos y requeridos:** Solo se harán con su consentimiento, autorización u oportunidad de oponerse, a menos que sea requerida por la ley.

**Revocación:** Usted puede revocar esta autorización, en cualquier momento, por escrito, excepto hasta el punto que su medico o la práctica médica haya tomado una acción en la indicación del uso o del acceso en la autorización.



## Advanced Women's Healthcare

*Lo siguiente es una declaración de "Sus Derechos" con respecto a su información de salud protegida:*

Usted tiene el derecho de examinar y de copiar su información de salud protegida. Bajo ley federal, sin embargo, usted no puede examinar o copiar los expedientes siguientes; las notas de la psicoterapia, información conformada en la anticipación razonable, o uso de, una acción o un procedimiento civil, criminal, o administrativa, y información de la salud protegida requerido por ley que prohíbe acceso a esta información.

Usted tiene el derecho de solicitar una restricción de su información de salud protegida. Esto significa que usted puede pedir que no utilicemos ni que divulguemos cualquier parte de su información desalad protegida para los propósitos de las operaciones del tratamiento, del pago o del cuidado de salud. Usted puede también solicitar que cualquier parte de su información de salud protegida no sea divulgado a los miembros o a los amigos de la familia que pueden estar implicados en su cuidado o para los propósitos de la notificación según lo descrito en este aviso de las prácticas de privacidad. Su petición debe indicar restricciones específicas y a quien usted quisiera que las restricciones aplicaran. *Aviso: Cualquier persona que entre con usted al cuarto de examen durante su visita, tendrá acceso total a su historial médico discutido durante esa visita.*

Su medico no esta requerido a acordar con esta restricción que solicite. Si su medico cree que esta en su mejor interés permitir uso y el acceso de su información de salud protegida, su información de salud protegida no será restringido. Usted entonces tiene el derecho de obtener servicios de otro profesional de cuidado para su salud.

Usted tiene el derecho de solicitar recibir comunicaciones confidenciales de nosotros por una localización alternativa. Usted tiene el derecho de obtener una copia de papel de este aviso de nosotros, de acuerdo a una petición, si usted ha acordado aceptar este aviso alternativamente, i.e., electrónicamente.

Usted puede tener el derecho de hacer que su medico enmiende su información de salud protegida. Si negamos su pedido de enmienda, usted tiene el derecho de archivar una declaración del desacuerdo con nosotros y podemos preparar una refutación a su declaración y le proveeremos a usted una copia de cualquier refutación.

Usted tiene el derecho de recibir una contabilidad de ciertos accesos que hemos hecho de cualquiera de su información de salud protegida. Reservamos las derechas de cambiar los términos de este aviso y le informaremos pro correo de cualquier cambio. Usted entonces tiene el derecho de oponerse o de retirarse en la manera prevista en este aviso.

**Quejas:** Usted puede quejarse con nosotros o al secretario de los servicios de salud y humanos si usted cree que sus derechas de privacidad han sido violadas. No tomaremos represalias contra usted para archivar una queja.

Este aviso fue publicado y llega a ser eficaz en o antes de Octubre el 1 de 2003.

La ley nos requiere mantener la privacidad de, y proveer a individuos este aviso de nuestros deberes legales y practicas de privacidad con respecto a la información de salud protegida. Si usted tiene cualesquiera objeciones a esta forma, pida por favor hablar con nuestro oficial de la conformidad de HIPAA en persona o por el teléfono en nuestro numero principal de la oficina.

**Su firma abajo es solamente un reconocimiento que usted ha recibido este Aviso de nuestras Prácticas de Privacidad:**

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra molde

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

1100 N. Palm Canyon Drive, Suite 212  
Palm Springs, CA 92262  
Phone 760.327.7900 • Fax 760.327.7905

7355 Church Street, Suite F  
Yucca Valley, CA 92284  
Phone 760.327.7900 • Fax 760.327.7905

79-200 Corporate Center Drive, Suite 201  
La Quinta, CA 92253  
Phone 760.564.7900 • Fax 760.327.7905

## **Declaración Anticipada de Tratamiento - Derecho del paciente a decidir**

Todos los individuos adultos en hospitales, establecimientos de enfermería u otra configuración de atención de salud tienen ciertos derechos. Por ejemplo, usted tiene derecho a la privacidad de sus registros médicos y personales y saber qué tratamiento recibir.

Usted también tiene derecho a llenar un documento conocido como una "Declaración Anticipada de Tratamiento". Este documento señala, de antemano, qué tipo de tratamiento que desea o no desea bajo condiciones médicas especiales, graves, condiciones que le impediría decirle a su médico que tratamiento desea. ¿Por ejemplo, si fuera trasladado a un hospital en coma, desea que el personal médico del hospital sepa sus deseos específicos sobre las decisiones que afectan su tratamiento?

Este artículo contesta algunas preguntas relacionadas con una ley federal que entró en vigor en 1991 que requiere a los hospitales, establecimientos de enfermería, hospicio, programas de salud y organizaciones de mantenimiento de salud (HMO) brindarle información sobre las Declaraciones Anticipadas y las alternativas legales al hacer decisiones sobre atención médica. La ley pretende aumentar su control sobre las decisiones de tratamiento médico.

La información de este artículo puede ayudarle a tomar decisiones antes del tratamiento. Porque se trata de un asunto importante, sin embargo, puede hablar con familiares, amigos cercanos y su médico antes de decidir si desea una Declaración Anticipada.

Por último, es importante recordar que las leyes estatales difieren acerca de las alternativas legales disponibles para individuos para las opciones de tratamiento que pueden ser honrados por hospitales y otros proveedores de atención médica y organizaciones. Estos profesionales de la salud deben tener información de derecho de la Declaración Anticipada del Estado.

### **¿Qué es una Declaración Anticipada?**

Generalmente, una Declaración Anticipada es una declaración escrita, antes de una enfermedad grave, de acuerdo a sus deseos médicos. Las dos formas más comunes de Declaración Anticipada son:

- Testamento Legal
- Carta Poder de Salud

Una Declaración Anticipada le permite dar sus opciones de atención de salud o a nombrar a alguien a tomar esas decisiones por usted si usted es incapaz de tomar decisiones sobre su tratamiento médico. En definitiva, una Declaración Anticipada puede permitirle tomar decisiones sobre su tratamiento médico futuro. Puede decir "Sí" al tratamiento que desee, o decir "No" al tratamiento que no desea.



**Advanced Women's Healthcare**

**Reconocimiento de Declaraciones Anticipadas**

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

---

**Declaración Anticipada**

Este documento es un reconocimiento que el medico o los miembros de su oficina me han dado información sobre las Declaraciones Anticipadas.

1. Tengo 18 años o más. (Marque Uno): **Si** **No**
2. Entiendo que tengo la opción de formar mis propias Declaraciones Anticipadas sobre mi tratamiento médico. Mi médico me ha dado información sobre estas Declaraciones Anticipadas. Entiendo que es mi responsabilidad de presentar a mi médico, cualquier documento necesario para llevar a cabo mi Declaración Anticipada.
3. Entiendo que una Declaración Anticipada puede ser cualquiera de los documentos que siguen:
- a. Carta Poder de Salud
  - b. La Declaración en la Ley de la Muerte Natural (i.e., Testamento en Vida)
  - c. Puedo escribir mis deseos en papel para que mi familia use este documento al tomar decisiones necesarias sobre mi tratamiento médico, en el evento que no pueda hacerlo yo mismo.

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra molde

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha