



Estimado paciente:

¡Le damos la bienvenida a nuestro consultorio! En Centra Hematology Oncology Clinic, nuestros pacientes son el centro de todo lo que hacemos. Priorizar su bienestar con cuidado experto y vínculos duraderos es nuestra misión de vida. Gracias por confiar en nosotros para atender sus necesidades de atención médica, quedamos a su disposición.

Lo invitamos a visitar nuestro sitio web, www.centrahealth.com/services/cancer-care, donde puede encontrar más información sobre los servicios oncológicos que ofrecemos y otros recursos.

Para prepararse para su visita, encontrará los detalles de su cita y otra información pertinente a continuación.

1.) **Cita:** su cita actual es el _____ a _____ con _____.
Usted fue derivado a nuestra oficina por _____ para _____.

2.) **Formularios completados:** complete los formularios adjuntos y llévelos a su cita.

3.) **Ubicación:** nuestro consultorio se encuentra en Alan B. Pearson Regional Cancer Center, ubicado en 1701 Thomson Drive en Lynchburg, VA, cerca del Lynchburg General Hospital. Puede estacionar e ingresar por la entrada principal; lo recibirán en la recepción y podrá registrarse para su cita.

4.) **Información importante de facturación:** el día de su cita, se le pedirá que proporcione los detalles de su seguro, la información de contacto y que firme los formularios requeridos. Traiga lo siguiente:

- Su identificación con fotografía.
- Tarjetas de seguro y copagos, si corresponde.
- Lista de medicamentos actuales o envases originales (incluidos medicamentos recetados, medicamentos e instrucciones para el alta hospitalaria, medicamentos de venta libre, suplementos y medicamentos a base de hierbas). En este paquete, se incluye "Mi lista de medicamentos" para mayor practicidad.
- Los formularios adjuntos completados.
- Si su visita requiere una derivación o autorización previa, coordine con su compañía de seguros o el consultorio de su proveedor de atención primaria para asegurarse de que se realicen esas tareas.

Si tiene registros médicos que deberían transferirse a nuestro consultorio, comuníquese con nosotros para firmar una divulgación de registros. Es muy importante que obtengamos esta información antes de su cita.

Nos sentimos honrados de participar en su atención. Si tiene alguna pregunta antes de su cita, llámenos al 434.200.5925.

Atentamente,
Centra Hematology Oncology Clinic
Alan B. Pearson Regional Cancer Center

Centra Lynchburg Hematology Oncology
1701 Thomson Drive, Suite 200
Lynchburg, Virginia 24501
Teléfono: 434-200-5925 Fax: 434-485-7840

Centra Southside Hematology Oncology
800 Oak Street
Farmville, Virginia 23901
Teléfono: 434-315-2690 Fax: 434-315-2697

Planilla de paciente nuevo

Traiga este formulario con usted en su primera visita.

Nombre: _____

Contacto en caso de emergencia: _____

Fecha de nacimiento: _____

Relación con el paciente: _____

Número de teléfono: _____

Número de teléfono del
contacto en caso de emergencia: _____

Dirección: _____

Estado civil: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Ocupación: _____

Médico de cabecera: _____

Tabaco:

Otros médicos que lo atienden:

Sí/ No

Cajetillas por día: _____ Años _____

Enfermedades y lesiones con fechas:

Alcohol:

Sí/ No Tipos: _____

Cantidad por día: _____ Años _____

Cirugías anteriores con fechas:

Antecedentes familiares de enfermedad _____

Alergias a medicamentos:

Familiares con cáncer o problemas sanguíneos:

Padre _____

Abuelo _____

Abuela _____

Madre _____

Abuelo _____

Abuela _____

Hermanos y hermanas _____

Hijos _____

Etiqueta del paciente

COPIA

Hematología/Oncología de CMG
Planilla de paciente nuevo
N.º de Centra: 999-5401
REV. 1/29/18

Antecedentes familiares de cáncer

Complete el siguiente formulario si usted o algún familiar han tenido cáncer. Asegúrese de marcar el tipo de cáncer, indique la edad aproximada en que se le diagnosticó y si falleció a causa del cáncer.

	De mama, edad	De colon, edad	Pólipos en el colon, edad	Melanoma, edad	De ovario, edad	De páncreas, edad	De estómago, edad	Cervico uterino, edad	Otro, edad	¿Falleció? S o N
USTED										
Madre										
Padre										
Hijos										
Hijas										
Hermanos										
Hermanas										
Sobrinas										
Sobrinos										
Por parte de madre										
Abuela										
Abuelo										
Tías										
Tíos										
Primos										
Por parte de padre										
Abuela										
Abuelo										
Tías										
Tíos										
Primos										

Estos datos serán revisados por proveedores clínicos para determinar si se requiere información adicional o si se recomienda que usted y sus familiares se realicen pruebas genéticas. Las pruebas genéticas son un análisis de sangre para determinar si usted o un familiar tienen una tendencia hereditaria a desarrollar cáncer. El personal del consultorio se comunicará con usted para programar citas adicionales si fuera necesario.

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____

Notas del consultorio: _____

Mi lista de medicamentos

¿Qué medicamentos estoy usando? <small>(Nombres: genéricos y de marca)</small>	¿Qué aspecto tienen? <small>(Color, forma, tamaño, marcas, etc.)</small>	¿Cuánto uso? <small>(Dosis, cantidad, etc.)</small>	¿Cómo y cuándo los uso?	Fechas de inicio/fin alización	¿Por qué los uso? <small>(Notas sobre mis medicamentos)</small>	¿Quién me dijo que los usara? <small>(Persona que le recetó los medicamentos)</small>
Ingrese TODOS los medicamentos recetados (incluidas las muestras), los medicamentos de venta libre y los suplementos/las vitaminas que use						

Lleve esta lista a CADA visita. Manténgala actualizada con todos los medicamentos nuevos que empiece a usar.

Llévela a todas sus consultas médicas y cuando vaya a una farmacia. Anote todos los medicamentos nuevos que empiece a usar o los cambios de dosis.

Asegúrese de llevar la lista con usted en todo momento en caso de emergencia.

Fecha: _____

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____

DetECCIÓN DE PROBLEMAS EMOCIONALES/DE DEPRESIÓN

Durante las últimas dos semanas, ¿ha experimentado lo siguiente?

- Poco interés en hacer cosas o poco placer al hacerlas Sí _____ No _____
- Sensación de tristeza, depresión o desesperanza Sí _____ No _____
- Pensamientos de hacerse daño o de hacer daño a otras personas Sí _____ No _____

¿Cuál de las siguientes afirmaciones describe su nivel de energía? Elija una opción.

- Soy completamente capaz de realizar, sin restricciones, todas las actividades que hacía antes de la enfermedad.
- No hago actividades que sean físicamente extenuantes, pero puedo desplazarme y realizar tareas ligeras en mi casa o en la oficina.
- Puedo desplazarme y hacerme cargo de mi cuidado personal, pero no puedo realizar actividades laborales (50 % o más del día).
- Puedo realizar actividades de cuidado personal limitadas, estoy postrado en una cama o debo usar silla de ruedas (más del 50 % de las horas de vigilia).

Marque a continuación los problemas que tiene en la actualidad:

Ninguno de los problemas mencionados a continuación

Generales

- Ansiedad
- Fatiga
- Fiebre o escalofríos
- Sudores nocturnos
- Falta de apetito
- Apnea del sueño
- Pérdida de peso

Fecha de la vacuna contra la gripe: _____

En los ojos

- Visión borrosa/doble

En los oídos/la nariz/la boca/la garganta

- Dentadura postiza
- Dolor de oídos
- Pérdida de audición
- Sequedad bucal
- Llagas en la boca
- Sangrado nasal
- Zumbido en los oídos
- Deglución

Dolor/molestias

- Alteración del gusto
- Problemas dentales

En el cuello

- Bultos
- Dolor
- Rigidez
- Hinchazón

En la piel

- Cambios en lunares
- Piel seca
- Caída del cabello
- Picazón
- Erupción

En los brazos

- Hinchazón/inflamación

En las mamas

- Bultos en las mamas
- Hinchazón de las mamas
- Secreción del pezón
- Inversión del pezón

Cardíacos/circulatorios

- Dolor de pecho
- Hinchazón de las piernas
- Latidos cardíacos irregulares
- Marcapasos/desfibrilador
- Palpitaciones

Respiratorios/pulmonares

- Tos
- Tos con sangre
- Tos con mucosidad
- Problemas para respirar
- Dolor al respirar
- Dificultad para respirar
- Sibilancias

Gastrointestinales

- Dolor abdominal
- Heces negras o con sangre
- Estreñimiento
- Diarrea/heces sueltas
- Acidez estomacal
- Hemorroides
- Náuseas
- Vómitos
- Vómitos de sangre

Urinarios/genitales/sexuales

- Sangre en la orina
- Urgencia o ardor
- Disminución de la función sexual
- (HOMBRES) Dificultad para tener erecciones
- Pérdida de control de la orina
- Dolor en las relaciones sexuales
- Orinar por la noche
- Orinar > cada 2 horas
- Cambio en el color de la orina

Califique el nivel de dolor que siente:

Ubicación: _____



Solo mujeres

- Secreción vaginal o sangrado

¿Existe la posibilidad de que pueda estar embarazada?

Sí No Iniciales: _____

Musculoesqueléticos

- Dolor óseo
- Dolor o hinchazón articular
- Debilidad muscular
- Rigidez

Neurológicos

- Problema de equilibrio
- Dificultad para dormir
- Mareos
- Dolor de cabeza
- Pérdida de la memoria
- Entumecimiento de manos o pies
- Convulsiones
- Hormigueo

Hormonales

- Sofocos

De la sangre/linfáticos

- Moretones que aparecen con facilidad
- Glándulas linfáticas inflamadas

Consumo de tabaco

- No
- Sí/¿Cuánto por día? _____

Consumo de alcohol:

- No
- Sí/¿Cuánto por día? _____

Otros problemas: _____



CENTRA

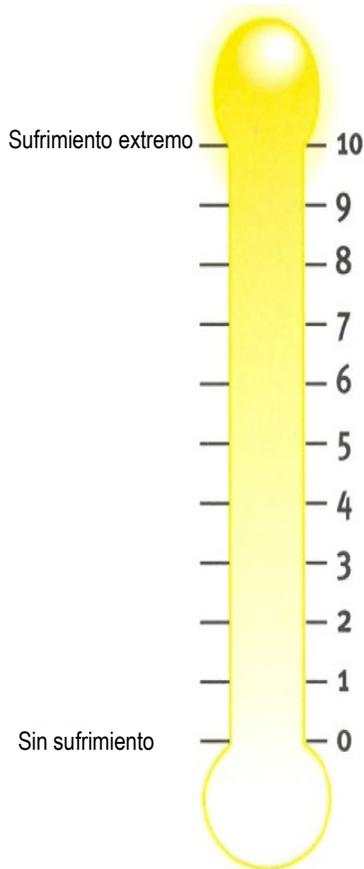
Alan B. Pearson
Regional Cancer Center

Fecha: _____

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____

Primero, encierre en un círculo el número (0-10) que mejor describa la cantidad de sufrimiento que ha estado experimentando en la última semana, incluso hoy.



SÍ	NO	Problemas prácticos
		Cuidado infantil
		Alimentos
		Vivienda
		Seguro/finanzas
		Transporte
		Trabajo/escuela
		Decisiones de tratamiento

SÍ	NO	Problemas familiares
		Trato con los hijos
		Trato con la pareja
		Capacidad reproductiva
		Problemas de salud familiar

SÍ	NO	Problemas emocionales
		Depresión
		Miedos
		Nerviosismo
		Tristeza
		Preocupación
		Pérdida del interés en las actividades habituales

SÍ	NO	Preocupaciones espirituales/religiosas

SÍ	NO	Problemas físicos
		Aspecto
		Bañarse/vestirse
		Respiración
		Cambios en la micción
		Estreñimiento
		Diarrea
		Alimentación
		Fatiga
		Sensación de hinchazón
		Fiebre
		Desplazamiento
		Indigestión
		Memoria/concentración
		Llagas en la boca
		Náuseas
		Nariz seca/congestionada
		Dolor
		Sexuales
		Piel seca/con picazón
		Sueño
		Abuso de sustancias
		Hormigueo en manos/pies

Otros problemas:

Sharing Medical Information

Sharing medical information with others for their involvement in your health care treatment or payment.

Shared Information: Please list below the person(s) with whom we may share your medical information. By listing any person(s) below in the chart, you agree that Centra may release your medical information that is directly relevant to your health care or payment. Centra is entitled to rely on the representation of any person you list that the medical information being requested is relevant to his/ her involvement in your health care or payment for health care. If the below chart is left blank, Centra will not share your medical information by virtue of this form.

Name	Relationship	Telephone	CMG/ Centra Locations
			<input type="checkbox"/> All Locations or <input type="checkbox"/> Specific Location:
			<input type="checkbox"/> All Locations or <input type="checkbox"/> Specific Location:
			<input type="checkbox"/> All Locations or <input type="checkbox"/> Specific Location:
			<input type="checkbox"/> All Locations or <input type="checkbox"/> Specific Location:
			<input type="checkbox"/> All Locations or <input type="checkbox"/> Specific Location:
			<input type="checkbox"/> All Locations or <input type="checkbox"/> Specific Location:
			<input type="checkbox"/> All Locations or <input type="checkbox"/> Specific Location:

Signature

Parent or Legal Guardian

Power of Attorney

Next of Kin/ Deceased

Date/Time

Administrator of Estate

Patient Label

Coloque aquí la etiqueta del paciente

Sharing Medical Information
 Centra# 999-5961
 REV 04/04/19

Solicitud de asistencia financiera de Centra

Estimado paciente:

Se adjunta una solicitud de asistencia financiera para que la revise. Si decide completarla, siga las instrucciones a continuación para evitar demoras en el procesamiento.

- Necesitaremos documentos de respaldo para procesar la solicitud. Incluya lo siguiente para todos los miembros del hogar:
 - Prueba de ingresos.
 - Carta de adjudicación del Seguro Social (requerida si se reciben beneficios del Seguro Social).
 - Si está trabajando, proporcione un mes de recibos de sueldo.
 - Declaración de desempleo.
 - Declaración de jubilación o pensión.
 - Declaración de impuestos/W-2 (solo si es autónomo) del año anterior.
 - Copia de **TODAS LAS PÁGINAS** del estado de cuenta bancaria más reciente.
 - P. ej., si en la página 1 se indica “página 1 de 6”, deberá presentar las 6 páginas, aunque estén en blanco.
 - Si no tiene una cuenta bancaria, pero el Seguro Social se carga en una tarjeta Direct Express, debe presentar un estado de cuenta de Direct Express.
- **Si no tiene seguro, deberá presentar una solicitud para recibir Medicaid.**
 - Si le rechazan la solicitud, necesitaremos una copia de la carta de denegación.
- Después de completar la solicitud, envíela a nuestra oficina:
 - Fax: 434-200-6278 A/A: Financial Navigation
 - Correo electrónico: PCCPatientSupport@centrahealth.com
 - Correo postal: 1701 Thomson Drive
Attn: Financial Navigation
Lynchburg, VA 24501

NOTA: la asistencia financiera NO ayuda con los copagos. Si tiene alguna pregunta, no dude en comunicarse con nuestra oficina al 434-200-7723.

Gracias,

Financial Navigation



Centra
Application For Financial Assistance
 CONFIDENTIAL

Dear Valued Patient:

If you are in need, Centra wants to help you with understanding your bill. For those who may not have health insurance or other ways to pay for their care, we offer several options for assistance. Because we promise to care for our community, our programs provide assistance for those who meet certain financial levels.

Patients who have income at or below 133% of the federal poverty level may qualify for full assistance. Patients with income between 200% and 400% may qualify for discounts based on the amount owed.

If you have questions call 434-200-3777 to speak with a customer service staff member. You may also complete Centra's Financial Application and mail it to the business office.

STEP 1: Complete patient information. Please fill out all information concerning the patient completely.

STEP 2: Fill out income and asset information. This includes income from your employer, social service aid (food stamps, ADC), government aid (social security, VA benefits), and all other income. If any child is 18 years or older, a separate form is required.

STEP 3: Fill out monthly expenses. This includes mortgage payment, rent, utilities, loans, medical, or other expenses.

Please determine which types of documentation below may apply to your situation: (Send copies only. Originals will not be returned).

- **PAY CHECK STUBS:** If you are employed, you must provide one month's worth of your pay check stubs, not more than three months old. If your stubs are not available, you need to provide a letter from your employer stating one month's salary.
- **UNEMPLOYMENT:** Forms verifying weekly benefits.
- **SELF EMPLOYED:** Provide your current year Federal Income Tax return, including all schedules.
- **OTHER RESOURCES:** Retirement benefits, General Relief check, ADC check, trust fund allotments, child support check and alimony.
- **GOVERNMENT BENEFITS:** Letter confirming or denying Social Security, SSI, VA or other government benefits, copy of check(s) or bank statement showing automatic deposit.
- **SOCIAL SERVICES:** Approval, denial, or pending status from your local department of social services. Any letters confirming receipt of housing and/or food stamps monthly benefit amount.
- **BANK STATEMENTS:** Most recent savings and/or checking account statement(s) from the bank or credit union.
- **SICK LEAVE:** Statement from doctor stating dates you are unable to work. Statement from employer indicating paid sick leave or if you are on leave without pay, year to date gross and hire date.
- **LETTER OF SUPPORT:** Letter verifying support from family or friends (when no income is reported or not enough to show support)
- **STUDENTS:** Scholarship, loan, workstudy, stipend, tuition, or grant award amounts.

STEP 1: COMPLETE INFORMATION BELOW:

Patient Name:	Soc Sec #:
Address:	Birth Date:
City, State, Zip:	Phone #: Medical Record #:

STEP 2: FILL OUT INCOME / ASSET INFORMATION *If there is no reported income, explain your means of financial support.

Who is head of household? This is the member of the family who provides food and shelter for the applicant. The applicant may be the head of the household. A nonfamily member should not be listed in the family section.

Family Members - include self and claimed dependents in household	Age	Relation to head of household	Gross monthly income (pretax)	Employer Name	Employer Phone #

If patient or head of household is unemployed, please provide the date employment was terminated: _____

Patient Label

PLEASE MAIL COMPLETED FORM TO:
 Attention: Customer Service
 Centra Patient Accounting Services
 PO Box 2496
 Lynchburg, Virginia 24505-2496

Application For Financial Assistance
 Centra #999-3427
 Revised 02/16/22
 Page 1 of 2



**Centra
Application For Financial Assistance**

STEP 2: INCOME / ASSETS, CONTINUED

Do you have Medicaid? Yes / No *If yes, please provide a copy of your Medicaid card.

Have you ever applied for Medicaid? Yes / No *If yes, please list where and when: _____

Checking Acct? circle: Yes / No Acct Number:	Bank Name: Location:	Balance: \$
Savings Acct? circle: Yes / No Acct Number:	Bank Name: Location:	Balance: \$
Investments? circle: Yes / No Stocks, Bonds, IRA's, 401K / 403B, CD's etc.	Bank Name: Location:	Balance: \$

Real Estate Property? circle: Yes / No Address:	Rent / Buy circle one	Total acreage:	Monthly Payment: \$
Real Estate Property? circle: Yes / No Address:	Rent / Buy circle one	Total acreage:	Monthly Payment: \$

Taxable personal property: (circle one) Yes / No (list cars, boats, trucks, motorcycles, campers, mobile homes, etc.)

Item:	Make Model:	Year:	Amount Owed: \$	Value: \$
Item:	Make Model:	Year:	Amount Owed: \$	Value: \$
Item:	Make Model:	Year:	Amount Owed: \$	Value: \$

Do you have a life insurance policy for you or any dependent over 21 with a cash-in value over \$1,500 (circle one)? Yes / No

Name of ins. co: _____ Policy #: _____ Cash-in value? \$ _____

Are you currently working with an attorney or insurance carrier on an accident claim (circle one)? Yes / No

Name of Attorney or insurance company _____ Telephone Number _____ Date of Accident / Claim Number _____

STEP 3: FILL OUT EXPENSES & LIABILITIES INFORMATION

Mortgage / Rent	\$	Electrical	\$
Transportation (loan / gas amt)	\$	Other utilities: (telephone, cable, water, etc)	\$
Food	\$	Medical (include prescription)	\$
Loans	\$	Credit Cards (total)	\$
Other expenses	\$		\$
Total Monthly Expense, all columns			\$

IN ORDER FOR CENTRA TO COMPLY WITH STATE GUIDELINES, EACH OF THE ITEMS YOU HAVE LISTED ON THIS APPLICATION WILL REQUIRE DOCUMENTATION. PLEASE DO NOT SEND IN YOUR APPLICATION UNLESS YOU HAVE ATTACHED ALL NEEDED ITEMS. RETURN INFORMATION PROMPTLY OR YOU WILL BE RESPONSIBLE FOR YOUR FULL CHARGES.

THE INFORMATION PROVIDED IS TO THE BEST OF MY KNOWLEDGE COMPLETE, ACCURATE AND TRUE. I AUTHORIZE THE RELEASE OF ALL INFORMATION NEEDED TO DETERMINE WHETHER I QUALIFY FOR FINANCIAL ASSISTANCE THROUGH CENTRA'S FINANCIAL AID PROGRAM OR OTHER FEDERAL OR STATE FUNDED MEDICAL ASSISTANCE PROGRAM, INCLUDING VERIFICATION OF MY SALARY OR WAGES, THE BALANCE OF ANY BANK ACCOUNTS THAT I MAINTAIN, THE CASH-IN VALUE OF ANY LIFE INSURANCE POLICY, STOCKS, OR BONDS WHICH I POSSESS, AS WELL AS THE VALUE OF ANY REAL OR PERSONAL PROPERTY WHICH I OWN OR AM PURCHASING. SHOULD I BE REFERRED TO A FEDERAL OR STATE FUNDED MEDICAL ASSISTANCE PROGRAM, I AUTHORIZE CENTRA TO RELEASE AND OBTAIN ALL INFORMATION NEEDED TO DETERMINE ELIGIBILITY FOR THAT FUNDING.

*SIGNATURE(S) REQUIRED

Applicant's signature:	Date / Time:
Spouse's signature:	Date / Time:

Patient Label