

**North Star Lodge Cancer Center**  
*North Star Lodge Centro De Cáncer*  
**808 N 39<sup>th</sup> Ave Yakima, WA 98902 (509) 574-3400**

**Patient Information Summary**  
**Resumen De Información Del Paciente**

This information will remain confidential unless you authorize its release  
*Esta información se mantendrá confidencial a menos que usted autorice su liberación*

Name \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_ Date of Birth \_\_\_\_\_  
*Nombre Fecha Fecha de Nacimiento<sup>1</sup>*

Reason for your visit to North Star Lodge? \_\_\_\_\_  
*¿La razón por su visita a North Star Lodge?*

What doctors have you seen? \_\_\_\_\_  
*¿Cuáles médicos ha visto?*

Referred by: \_\_\_\_\_  
*Referido por:*

Have you had x-rays or scans? When and Where? \_\_\_\_\_  
*¿Ha tenido usted alguna radiografía o imagen escaneada?*  
*¿Cuando y Donde?*

\_\_\_\_\_ Have you been hospitalized in the past? Reason(s) \_\_\_\_\_  
*¿Ha sido usted hospitalizado en el pasado? La razón*

\_\_\_\_\_ Have you had surgery in the past? Type and year \_\_\_\_\_  
*¿Ha tenido usted cirugía en el pasado? Tipo y año*

**Personal Health History**

Have you had any of the following? If yes, please explain  
*¿Ha tenido cualquiera de lo siguiente? Si si, explique por favor.*

- \_\_\_\_\_ Allergy *Alergia* \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_ Anemia *Anemia* \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_ Arthritis *Artritis* \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_ Asthma *Asma* \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_ Cancer *Cáncer* \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_ Depression *Depresión* \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_ Diabetes \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_ Emphysema *Enfisema* \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_ Heart disease or a heart murmur \_\_\_\_\_  
*Enfermedad del corazón o un soplo cardiaco*
- \_\_\_\_\_ Hepatitis or Yellow Jaundice \_\_\_\_\_  
*Hepatitis o Ictericia*
- \_\_\_\_\_ High blood pressure \_\_\_\_\_  
*Presión arterial alta*
- \_\_\_\_\_ Kidney Stones *Piedras en los riñones* \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_ Liver disease *Enfermedad del hígado* \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_ Low back pain *Dolor de espalda inferior* \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_ Migraine *Migraña* \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_ Seizures *Ataque epiléptico* \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_ Tuberculosis \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_ Other medical condition \_\_\_\_\_  
*Otra condición medica<sup>2</sup>*

Are you taking prescription medications? If yes, please list.

*¿Esta usted tomando medicinas recetadas? Si si, por favor listar.*

Over the counter medications?

*¿Medicinas sin receta medica?*

Vitamins, minerals, herbals or supplements?

*¿Vitaminas, minerales, hierbas o suplementos?*

Do you have allergies or bad reactions to any medications?

*¿Tiene usted alergias o mala reacción a alguna medicina?*

Name of medication

*Nombre de la medicina*

What happens when you take it?

*¿Qué sucede cuando se la toma?*

What is your pharmacy of choice?

*¿Cuál es su farmacia de selección?*

### Family History

*Historia Familiar*

If any of the following apply, please explain

*Si cualquiera de lo siguiente aplica, por favor explique.*

If alive, is your father ill with any disease process or cancer? List \_\_\_\_\_

*¿Si vivo, esta su padre enfermo con cualquier proceso de enfermedad o cáncer? Lista*

Age and cause of death if deceased \_\_\_\_\_

*Edad y causa de muerte si difunto*

If alive, is your mother ill with any disease process or cancer? List \_\_\_\_\_

*¿Si viva, esta su madre enferma con cualquier proceso de enfermedad o cáncer*

Age and cause of death if deceased \_\_\_\_\_

*Edad y causa de muerte si difunta*

Do you have sisters and brothers? Their ages and health?

*¿Tiene usted hermanas e hermanos? Sus edades y salud*

Do you have children? *¿Tiene usted hijos?*

How many? \_\_\_\_\_

*¿Cuántos?*

Ages and Health \_\_\_\_\_

*Edades y Salud*

Are there diseases that run in the family? Name \_\_\_\_\_

*¿Hay enfermedades que vienen en familia? Nombres*

### Social History

*Historia Social*

What is your age? \_\_\_\_\_

*¿Cuál es su edad?*

Marital Status

*Estado Matrimonial*

S \_\_\_

M \_\_\_

W \_\_\_

Div \_\_\_

Sep \_\_\_

*S*

*C*

*V*

*Div*

*Sep*

Where do you live (town)? \_\_\_\_\_

*¿Dónde vive usted (Pueblo)?*

Current/Prior Occupation \_\_\_\_\_

*Corriente/Previa Ocupación*

Are you working? Yes Full time \_\_\_ Part time \_\_\_ No – Retired \_\_\_ Student \_\_\_  
¿Trabaja usted? Si tiempo completo parte de tiempo Jubilado Estudiante

If no, do you plan to return to work? \_\_\_\_\_

¿Si no, tiene usted previsto volver al trabajo? \_\_\_\_\_

Educational Experience: High School \_\_\_ College \_\_\_ Post Grad \_\_\_  
Experiencia Educacional Secundaria Colegio Posto-Graduo

What are your main hobbies or interests?

¿Cuáles son sus pasatiempos principales o intereses? \_\_\_\_\_

Check in any of the following apply. Please explain  
Indique si cualquiera de lo siguiente aplica  
Explique por favor.

In the last year have you experienced any of the following?  
¿En el año pasado ha usted experimentado cualquiera de lo siguiente?

**Smoking History Antecedentes de Fumador**

Never smoked \_\_\_\_\_

Nunca Fume

Smoke fumo \_\_\_\_\_

Quit \_\_\_\_\_ Date Quit \_\_\_\_\_

Deje de fumar Fecha que deje de fumar

**Alcohol consumption Consumo Alcohol**

Frequency Amount Beer Wine Liquor\_  
Frecuencia Cantidad Cerveza Vino Licor

Less than once a week \_\_\_\_\_

menos de una ves por semana

2-4 times a week \_\_\_\_\_

2-4 veces por semana

Nearly every day \_\_\_\_\_

Casi diario

None \_\_\_\_\_

Ninguna

\_\_\_\_\_ Marriage

Matrimonio

\_\_\_\_\_ Divorce or Separation

Divorcio o Separación

\_\_\_\_\_ Major Illness or death

Enfermedad grave o muerte en la familia

\_\_\_\_\_ Personal illness or injury

enfermedad o herida personal

\_\_\_\_\_ Gain a new family member

Ganancia de un nuevo miembro de la familia

\_\_\_\_\_ Change in job or home

Cambio de trabajo o hogar

\_\_\_\_\_ Do you have any religious/culture beliefs/needs that we should be aware of during your treatment>?

¿Tiene usted alguna creencia/necesidad religiosa/cultural que debemos estar consiente de durante su tratamiento?

Check if any of the following apply. Indique si cualquiera de lo siguiente aplica.

Yes Si \_\_\_ No \_\_\_ Do you support yourself by full time employment? ¿Se mantiene usted con empleo de tiempo completo?

Yes Si \_\_\_ No \_\_\_ Do you collect Social Security? ¿Colecta usted Seguro Social?

Yes Si \_\_\_ No \_\_\_ Do you support yourself with public assistance? ¿Se mantiene usted con ayuda publica?

Yes Si \_\_\_ No \_\_\_ Do you have other means of support? Explain \_\_\_\_\_  
¿Tiene usted otros medios de apoyo? Explique \_\_\_\_\_

Yes Si \_\_\_ No \_\_\_ Do you live in your own home? ¿Vive usted en su propio hogar?

Yes Si \_\_\_ No \_\_\_ Do you live in an apartment? Vive usted en un apartamento?

Yes Si \_\_\_ No \_\_\_ Other living accommodations? Explain \_\_\_\_\_  
¿Otros alojamientos? Explique \_\_\_\_\_

Yes Si \_\_\_ No \_\_\_ Are you safe in your home? If not, why \_\_\_\_\_  
¿Esta usted seguro en su hogar? Si no, porque? \_\_\_\_\_

Yes Si \_\_\_ No \_\_\_ Are you anticipating needing help at home? ¿Anticipa usted necesitar ayuda en casa?

Yes Si \_\_\_ No \_\_\_ Do you have difficulty walking? Why? \_\_\_\_\_  
¿Tiene usted dificultad para caminar? Porque? \_\_\_\_\_

Yes Si \_\_\_ No \_\_\_ Do you have a living will? If yes, please bring a copy with you if available.  
¿Tiene usted un testamento en viada? Si si, favor de traer una copia con usted si es disponible.

Yes Si \_\_\_ No \_\_\_ Do you have a Durable Power of Attorney? If yes, please bring a copy with you if available.  
¿Tiene usted un Poder Duradero? Si si, favor de traer una copia con usted si es disponible

Yes Si \_\_\_ No \_\_\_ Are you or your family member(s) interested in a support group? What type? \_\_\_\_\_  
¿Esta usted o su familia interesados en un grupo de apoyo? Que tipo? \_\_\_\_\_

Yes Si \_\_\_ No \_\_\_ Do you have any questions regarding your dietary needs?  
¿Tiene usted alguna pregunta con respeto sus necesidades dietéticas?

Indicate any of the following services you are using *Indique cualquiera de los siguientes servicio que esta utilizando.*

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Home care <i>cuidado casero</i>                   | <input type="checkbox"/> Sick Benefits <i>Beneficios de Enfermos</i> |
| <input type="checkbox"/> Social Work <i>Trabajo Social</i>                 | <input type="checkbox"/> Cancer Society <i>Sociedad de Cáncer</i>    |
| <input type="checkbox"/> Physical Thereapy <i>Fisioterapia</i>             | <input type="checkbox"/> Disability <i>Incapacidad</i>               |
| <input type="checkbox"/> Oxygen Thereapy <i>Terapia de Oxigeno</i>         | <input type="checkbox"/> Welfare                                     |
| <input type="checkbox"/> Unemployment insurance <i>Seguro de Desempleo</i> | <input type="checkbox"/> Other <i>Otro</i> _____                     |

## REVIEW OF SYSTEMS

### REVISION DE SISTEMAS

Check if any of the following apply. Please explain.  
*Indique si cualquiera de lo siguiente aplica. Favor de explicar*

### GENERAL

- Recent weight loss Pounds \_\_\_\_\_  
*Perdida de peso reciente Libras*
- Recent weight gain Pounds \_\_\_\_\_  
*Aumento de peso reciente Libras*
- Night Sweats *Sudores Nocturnos*
- Fevers *Fiebre*
- Loss of appetite *Perdida de apetito*
- Swollen ankles *Tobillos hinchados*
- Skin Problems *Problemas de la piel*
- Increase in thirst *Aumento en la sed*
- New lumps in skin or armpits  
*Nuevos bultos en la piel o axila*
- Fatigue, lack of energy  
*Fatiga, falta de energia*
- Difficulty sleeping *Dificultad para dormir*
- Muscle weakness *Debilidad de los musculos*
- Use Walter/cane/wheelchair  
*Utiliza andadera/bastón/silla de ruedas*

### HEART CIRCULATION

#### CORAZON CIRCULACION

- Have a Herat murmur *tiene un soplo cardiaco*
- Chest pain at rest *Dolor de pecho a reposo*
- Chest pain with walking or exercise  
*Dolor de pecho con caminar o ejercicio*
- Frequent irregular Heart beat  
*Latido irregular del corazón frecuente*
- Need to sit up to breathe at night  
*Necesita sentarse para respirar por la noche*
- Get pain in thighs or calves that goes away when you stop walking  
*Tiene dolor en los muslos o pantorrillas que para al dejar de caminar*

### LUNGS

#### PULMONES

- Chronic cough *Tos cronica*
- Coughing up blood *Arroja sangre cuando tose*
- Pain with breathing *Dolor con la respiración*
- Wheezing *Silbidos*
- Shortness of breath *Falta de respiración*

Do you understand how to manage your pain? Yes *Si* \_\_\_ No \_\_\_  
*¿Comprende usted como manejar su dolor?*

Would you be interested in a free exercise program? Yes *Si* \_\_\_ No \_\_\_  
*¿Estuviera usted interesado/a en un programa de ejercicio gratuito?*

Do you have any dental conerns? Yes *Si* \_\_\_ No \_\_\_  
*¿Tiene usted alguna preocupación dental?*

### NERVOUS SYSTEM

#### SISTEMA NERVIOSO

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Headaches <i>Dolores de cabeza</i>                  | <input type="checkbox"/> Blurred or double vision <i>Vision borrosa o doble vision</i> |
| <input type="checkbox"/> Seizures <i>Ataque epiléptico</i>                   | <input type="checkbox"/> Diminished hearing <i>Audiencia disminuida</i>                |
| <input type="checkbox"/> Difficulty with speech <i>Dificultad con hablar</i> | <input type="checkbox"/> Numbness, tingling <i>Entumecimiento o hormigueo</i>          |
| <input type="checkbox"/> Balance problems <i>Problemas de equilibrio</i>     | <input type="checkbox"/> History of falling <i>Historia de caer</i>                    |
| <input type="checkbox"/> Memory trouble <i>Problemas de memoria</i>          | <input type="checkbox"/> Panic Attacks <i>Ataques de panico</i>                        |
| <input type="checkbox"/> Anxiety <i>Ansiedad</i>                             | <input type="checkbox"/> Excessive worry <i>Preocupación excesiva</i>                  |
| <input type="checkbox"/> Crying spells <i>Ratos de llanto</i>                | <input type="checkbox"/> Feeling of worthlessness <i>Sensación de inutilidad</i>       |
| <input type="checkbox"/> Depression <i>Depresión</i>                         |  |

**STOMACH, INTESTINAL**  
**ESTOMAGO, INTESTINAL**

- Difficulty swallowing *Dificultad con tragar*  
 Frequent heartburn  
*Agruras (acidez gástrica) frecuentes*  
 Nausea and vomiting *Nausea y Vomito*  
 Diarrhea *Diarrea*  
 Red blood in BM's  
*Sangre roja en evacuación intestinal*  
 Constipation *Estreñimiento*

- On tube feeding/TPN *Utiliza la alimentación por sonda/TPN*  
 Known ulcer *Úlcera conocida*  
 Frequent stomach pain *Dolor estomacal frecuente*  
 Gallstones *Calculo biliar*  
 Black or tarry BM's  
*Evacuación intestinal negra o alquitranada*  
 Mucous in BM's *Mucoso en evacuación intestinal*  
 Have an ostomy *Ha tenido una Ostomia*

Yes Si  No  One to two normal BM's nearly every day  
*Una a dos evacuaciones intestinales normales casi diario.*

**HEAD, EYES, EARS, NOSE, THROAT**  
**CABEZA, OJOS, OIDOS, NARIZ, GARGANTA**

- Hoarseness, recent or lasting longer than 2 wks  
*Ronquera, reciente o que dura mas de 2 semanas*  
 Hay fever *Fiebre del heno*

- Frequent bleeding gums *Encías sangrientas frecuentes*  
 Frequent nosebleeds *Hemorragia nasal frecuente*

**URINARY**  
**URINARIO**

- Having frequent urinary tract infections  
*Infecciones de las vías urinarias frecuentes*  
 Lose your urine when coughing or excited  
*Suelta la orina al toser o excitarse*  
 Urge to urinate, but pass only small amounts  
*Urgencia de orinar pero solo pasa cantidades pequeñas*  
 Frequency of urination at night  
*Orina frecuentemente por las noches*

- Burning with urination *Ardor cuando orina*  
 Have to urinate ever hour *Tiene que orinar cada hora*  
 Blood in urine *Sangre en la orina*  
 Trouble starting urination  
*Problemas para comenzar a orinar*

**FEMALES**  
**MUJERES**

- Breast lumps *Bultos en los senos*  
 Unusual vaginal bleeding *Sangrado vaginal inusual*  
 Vaginal discharge *Secreción vaginal*  
 Sexual problems *Problemas sexuales*  
 Regular periods *Reglas regulares*  
How many children \_\_\_\_\_  
*Cantidad de hijos*  
Yes Si  No  ¿realiza usted los exámenes  
*Mensuales de seno?*

- Date of last pap smear  
*Fecha de su ultimo Papanicolaou*  
Date of last mammogram  
*Fecha de su ultima mamografía*  
Age at 1<sup>st</sup> menstrual period  
*Edad a comenzar su 1 regla menstrual*  
Age at menopause  
*Edad a comenzar la menopausia*

Patient Signature \_\_\_\_\_  
*Firma del Paciente*