

**Registración de los Centros de Salud Comunitaria de NUNM**  
**POR FAVOR ESCRIBA LEGIBLEMENTE**

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
 Nombre Segundo Nombre Apellido

Cuál es el nombre que prefiere (Apodo, etc.) \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono de Casa: \_\_\_\_\_ Teléfono de Trabajo: \_\_\_\_\_

Teléfono Celular: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Numero de contacto que prefiere:  Celular  Casa  Trabajo Seguro Social: \_\_\_\_\_

Está bien si le enviamos instrucciones para inscribirse en MyChart por correo electrónico  Sí  No

**La información que usted nos provee nos ayuda a servirle a usted y a miembros de la comunidad, y nos asiste a ayudarles a que alcance sus metas de salud. Por favor conteste todas las preguntas.**

Cuál es su sexo de nacimiento  Masculino  Femenino Otro (especifique) \_\_\_\_\_

Con cuál género se identifica  Masculino  Femenino Otro (especifique) \_\_\_\_\_

Cuál pronombre prefiere  El  Ella Otro (especifique) \_\_\_\_\_

Necesita Usted intérprete  Sí  No Cual es su Idioma Principal: \_\_\_\_\_

Está sin hogar  No estoy sin hogar  Estoy sin hogar  Estoy en riesgo de estar sin hogar

Vivienda de transición  Viviendo en un albergue

Tiene trabajo temporal o de migrante  Temporal  Migrante  Ninguno

Grupo étnico (elija uno):  Hispano  No-Hispano Es usted veterano de los EE. UU  Sí  No

Raza (elija todas las que apliquen):  Asiático  Africano Americano  Caucásico  
 Nativo de Alaska  Islas del Pacifico  Nativo Americano

Ocupación: \_\_\_\_\_ Horas por semana: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Estado de empleo (elija uno):  Tiempo completo  Medio tiempo  Sin empleo  Retirado  Temporal

Trabaja por cuenta propia  Estudiante (Tiempo completo)  Estudiante (Medio tiempo)  Estudiante de NUNM

**Información sobre su Atención Médica (Favor de elegir uno de los siguientes):**

Quiero establecer cuidado de atención médica en el Centro de Salud de NUNM.

Atiendo a NUNM solo para recibir cuidado médico/adicional.

    Mi médico de cabecera de atención médica es: \_\_\_\_\_

    Localizado en (Nombre de la clínica): \_\_\_\_\_

No tengo un médico de cabecera y no deseo establecer cuidado de atención médica con el Centro de Salud de NUNM.

Contacto de Emergencia: \_\_\_\_\_

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono de Casa: \_\_\_\_\_ Teléfono de Trabajo: \_\_\_\_\_

Teléfono Celular: \_\_\_\_\_ Tutor legal  Sí  No

Fiador (La persona que es financieramente responsable por la cuenta):

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

Dirección (Si es distinta a la del paciente): \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Seguro Social: \_\_\_\_\_ Género:  M  F Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Idioma principal del fiador: \_\_\_\_\_

El Departamento de Facturación de los Centros de Salud de NUNM requiere que **todas** las coberturas de seguros médicos sean pre-verificadas (7 días hábiles) antes de que podamos facturar por usted. Si este proceso no se ha completado antes de la fecha de su cita, nosotros le someteremos la documentación de su cita a su compañía de seguro médico. Se le dará cualquier descuento aplicable a su consulta.

**Por favor de proveer su información de seguro médico (Aseguranza) abajo:**

Compañía de seguro médico: \_\_\_\_\_

Dirección de reclamos de seguro médico: \_\_\_\_\_

Nombre del Suscriptor (si no es el paciente): \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

# De Identificación del Miembro: \_\_\_\_\_ # del Grupo: \_\_\_\_\_ # de Identificación del Suscriptor: \_\_\_\_\_

**\*\*Por favor esté preparado(a) para presentar su tarjeta de seguro médico (Aseguranza) a la registración antes de cada cita\*\***

---

**\*\*Aunque NUNM no está contractado con Medicare, es nuestra póliza recaudar toda información sobre coberturas que el paciente posee\*\***

Tiene Medicare  Sí  No Si usted respondió "Sí", es Medicare su seguro médico principal  Sí  No

Plan de Medicare (elija todo lo aplicable):  Parte A  Parte B  Advantage (Parte C)

#De Identificación del Suscriptor: \_\_\_\_\_ Fecha de vigencia (si se sabe): \_\_\_\_\_

---

**(OPCIONAL) Yo autorizo a la(s) siguiente(s) persona(s) para concertar citas por mí en las Clínicas de NUNM:**

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

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

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

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

Relación con el Paciente: \_\_\_\_\_

Relación con el Paciente: \_\_\_\_\_

---

**Yo verifico que la información antedicha es verdadera y correcta según entendido.**

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

\_\_\_\_\_  
Fecha

## **Consentimiento Informado y Solicitud para Cuidado**

Yo por la presente doy mi consentimiento al rendimiento de servicios provistos a mí (o al paciente nombrado a continuación, por quien soy legalmente responsable) como un paciente de los Centros de Salud de la Universidad Nacional de Medicina Natural. Entiendo que el cuidado al paciente es dirigido por médicos profesionales, quienes están licenciados y son empleados de NUNM. Doy mi consentimiento para los servicios rendidos y provistos a mí bajo las instrucciones de estos médicos profesionales tal como médicos del personal voluntarios quienes podrán ser asociados con el propósito de la consulta. Reconozco que NUNM es una institución de enseñanza. Estoy de acuerdo en que las personas que son estudiantes y residentes médicos podrán participar en mi cuidado médico como parte de los programas educativos de la institución.

Yo, \_\_\_\_\_, por la presente solicito y doy mi consentimiento para ser examinado(a) y recibir tratamiento de parte de los médicos proveedores, estudiantes y proveedores médicos afiliados con los Centros de Salud de NUNM.

Yo entiendo que tengo el derecho de hacer preguntas y hablar sobre mi satisfacción con los proveedores médicos o estudiantes médicos antedichos:

- Mi supuesto diagnóstico(s) o condición(es) médica(s)
- El propósito, las metas y motivo de los beneficios potenciales del cuidado proporcionado a mi
- Los riesgos intrínsecos, complicaciones, peligros potenciales, y/o los efectos secundarios del tratamiento o procedimiento
- La probabilidad o posibilidad de éxito
- Alternativas razonables disponibles al propuesto tratamiento o procedimiento
- Consecuencias potenciales si es que el tratamiento o asesoramiento no es seguido o si nada se hace

### Información Sobre la Evaluación Médica y Naturopática

Yo entiendo que la evaluación médica y/o el tratamiento de evaluación naturopática podrá incluir pero no es limitada por:

- Examen físico: (incluyendo general, musculoesquelético, EENT, corazón y pulmones, ortopédico y asesoramientos neurológicos).
- Procedimientos diagnósticos comunes (incluyendo venopunción, prueba de Papanicolaou, pruebas de laboratorio de sangre, saliva, orina, y heces).
- Manipulación de tejidos blandos y óseos (incluyendo masaje terapéutico, masaje de tejido profundo, técnica neuromuscular, manipulación ósea naturopática de la espina y las extremidades, técnica muscular energética, y terapia craneosacral).
- Asesoramiento dietético y nutrición terapéutica (incluyendo el uso de comidas, planos dietéticos, suplementos nutricionales, e inyecciones intravenosas de vitaminas).
- Terapia de inyección puntual con o sin sustancias vitamínicas.
- Medicamentos Herbales/Botánicos, prescripciones de varias sustancias terapéuticas incluyendo plantas, minerales, y materiales de productos animales. Sustancias podrán ser recetadas en la forma de tés, píldoras, cremas, polvos, tinturas (que podrán contener alcohol), supositorios, cremas tópicas, pastas, yesos, enjuagues y otras formas.
- Remedios homeopáticos (cantidades muy diluidas de sustancias naturales).
- Consejería (incluyendo pero no limitado a visualizaciones para mejorar la vida y otras estrategias).
- Medicamentos sin receta y medicamentos que requieren recetas (incluyendo solo los medicamentos en el Formulario de Oregon de Médicos Naturopáticos en asociación con los medicamentos naturopáticos).
- Procedimientos de hidroterapia que pueden consistir de agua caliente y fría, baños en la tina o duchas, saunas, hielo, tálalás o sabanas y/o paquetes hidrocolladores calientes o fríos, estimulación eléctrica, ultrasonidos o diatermia, y otras terapias. Riesgos y complicaciones posibles asociados con estos procedimientos podrán incluir:

## Consentimiento Informado y Solicitud para Cuidado (Parte 2)

- Quemaduras en la piel leves o irritación
- Calentamiento excesivo
- Dermatitis de contacto
- Mareos
- Disminución de la presión arterial temporal
- Procedimientos de medicina Clásica China incluyen, pero no limitados a acupuntura, moxibustión, terapia de copas, electro-acupuntura, herbología, y masaje. Yo entiendo que unas hierbas podrán ser inapropiadas durante el embarazo. **Si es que sospecho que estoy embarazada, le informare a mi proveedor médico o estudiante médico inmediatamente.** Riesgos y complicaciones posibles asociados con estos procedimientos podrán incluir:
  - Quemaduras leves
  - Hormigueo cerca de los sitios de aguja que podrá durar unos días
  - Náusea
  - Infecciones y ampollas
  - Desmayos
  - Cicatrices
  - Moretones
- Tratamientos de medicina física incluyen exámenes, procedimientos diagnósticos, manipulación y/o movilización del cuello, la espina y extremidades envolviendo movimiento de las articulaciones y tejidos blandos, y terapias de tejidos blandos (específicamente: terapias de tejidos blandos manuales, movilización asistida por instrumentos de los tejidos blandos (IASTM), terapia de percusión/vibración y procedimientos de cintas terapéuticas). Terapia física, incluyendo ejercicio, estimulación eléctrica, terapias calientes y frías, ultrasonidos, diatermia, unidades de TENS, terapia de láser de niveles bajos, tracción, y otros modales terapéuticos recomendados para mi condición podrán ser utilizados. Riesgos y complicaciones posibles asociados con estos procedimientos podrán incluir:
  - Dolor
  - Espasmos musculares
  - Aumento temporal de los síntomas
  - Moretones leves o moderados
  - Esguinces y distensiones
  - Mareos
  - Fracturas/heridas de las articulaciones
  - Apoplejía (ha sido raramente reportado a ocurrir específicamente con la manipulación del cuello)
  - Quemaduras de terapia física (raro)
- Terapia Intravenoso (IV) tratamientos incluyen goteo, empujes, y quitación oral e intravenosa (desintoxicación de metales pesados). Este tratamiento envuelve insertar una aguja e inyectar una fórmula estandarizada en las venas o en los músculos. Podrá haber incomodidad en el sitio del tratamiento y es mi responsabilidad informarle a al estudiante médico o proveedor médico de NUNM si es que experimento quemadura, dolor, o reacciones negativas. Durante el tratamiento, es posible que el líquido gotee fuera de la vena a los tejidos que la rodean. Yo entiendo que aunque este líquido infiltrado podrá causar dolor, no es peligroso a mi salud y mi cuerpo podrá absorber el líquido. Yo me doy cuenta que durante y después del tratamiento podre experimentar incomodidad temporal en el sitio del tratamiento. No existe garantía declarada o implícita de éxito o efectividad de ningún tratamiento específico. Estoy libre a retirar mi consentimiento o participación en estos tratamientos en cualquier momento.  
Ventajas de la Terapia Intravenosa:
  - No afectado por enfermedades del estómago o intestinales
  - La cantidad total dada esta disponible para los tejidos que requieren los componentes
  - Forzar alimentos dentro de las células por medios de alta concentración gradiente aunque haya baja energía por causa de enfermedad

### **Consentimiento Informado y Solicitud para Cuidado (Parte 3)**

- Dar dosis de alimentos más altas que de lo que fuese posible de recibir oralmente sin que haya irritación intestinal

Riesgos y complicaciones posibles asociados con estos procedimientos podrán incluir:

- Dolor, moretones, o infección en la área de la inyección
- Inflamación de la vena usada para la infusión (flebitis)
- Reacción alérgica severa o anafilaxia, resultando en paro cardíaco, y posiblemente muerte

Alternativas a la Terapia Intravenosa incluyen:

- Suplementación oral
- Cambios dietéticos e del estilo de vida

***He leído completamente y entiendo los acuerdos y autorizaciones antedichas.***

---

Paciente (18 años o más de edad)

Fecha

---

Padre/Madre, Guardián legal responsable

Fecha

## Declaración de Responsabilidad Financiera

### Yo entiendo y estoy de acuerdo a seguir las responsabilidades a continuación:

- Opciones financieras son extendidas a mí basadas en la información que he proporcionado.
- Yo soy responsable como el paciente o el fiador del paciente por el pago completo de los servicios ofrecidos al tiempo del servicio, incluyendo Medicinales, analices de laboratorio, y analices y exámenes de laboratorio adicionales ordenados por los proveedores médicos.
- Yo soy responsable de proporcionar toda la documentación correcta y completa requerida para apoyar cualquier descuento que esté recibiendo.
- Yo reconozco que soy financieramente responsable por todos los costos. Si llega hacerse necesario coleccionar cualquier cargo debido o deuda en esta cita o citas subsecuentes, el abajo firmante está de acuerdo a pagar todos los costos y gastos, incluyendo honorarios razonables de abogados. Yo por la presente autorizo a los Centros de Salud de NUNM para divulgar información necesaria para obtener el pago.
- **Habrará una tarifa fija de \$20 por cualquier cita que se pierde o no se cancela dentro de las 24 horas de la fecha de la cita.**

### Yo entiendo y estoy de acuerdo con lo siguiente en referencia a la facturación de seguros médicos:

- **Yo entiendo que si tengo un seguro médico que este contractado con NUNM, mi seguro médico será cobrado por los servicios y yo no seré elegible para recibir el programa de descuentos por cualquier servicio que si este cubierto por mi seguro médico.**
- La pre-verificación por NUNM de mi seguro médico es utilizada para determinar si hay cobertura para servicios a través de mi portador de seguro médico y NO es una garantía del pago de parte de mi portador de seguro médico.
- Yo entiendo que los Centros de Salud de NUNM podrán requerir la presentación de comprobantes de mi seguro médico en cualquier momento.
- **Yo entiendo que los Centros de Salud de NUNM no cobrarán seguros de automóviles.**
- Yo entiendo que mi seguro médico podrá tener que re-verificarse para determinar detalles de cobertura específicos tan a menudo como cada seis meses.
- Yo soy responsable de proporcionar toda la documentación correcta y completa requerida para verificar mi cobertura de seguro médico y/o cobrarle a mi portador de seguro médico.
- Yo soy responsable del pago completo y puntual de todos mis copagos de mi seguro médico, deducibles, y saldos de mi coaseguro debidos, incluyendo cualquier y todos los servicios que no están cubiertos o son pagados por mi portador de seguro médico.
- Podre perder el privilegio de cobrarle a mi portador de seguro médico si es que no complazco con las responsabilidades financieras o proporciono la documentación requerida.
- Yo autorizo la divulgación de información en mi historial de salud a mi portador de seguro médico y asigno todos los beneficios por servicios no pagados a los Centros de Salud de NUNM. Esta autorización es solamente aplicable para el apoyo del proceso de facturación de seguros médico.

### Opciones Financieras

Por favor este consciente que usted NO tiene que proporcionar su número de seguro social como un modo de identificarse personalmente para recibir cuidado de salud. Sin embargo, en cumplimiento con las reglas estatales y federales, los Centros de Salud de la Universidad Nacional de Medicina Natural (NUNM) sí requieren su número de seguro social antes de que ciertas opciones financieras sean extendidas a usted. Las siguientes son opciones financieras que podrán ser ofrecidas a usted si es que proporciona su número de seguro social:

#### 1) **Si es que usted elije proporcionarnos con su número de seguro social, podrá elegir:**

- Cobrarle a su seguro médico (si la cobertura ha sido pre-verificada por NUNM *antes* de su cita)
- Recibir servicios de los Centros de Salud estándares y descuentos de nuestro Dispensario de Medicamentos
- Ser considerado para otras opciones individuales o especiales
- Hacer pagos en efectivo, con cheque, o con tarjetas de crédito

## **Firma del Paciente para la Declaración de Responsabilidad Financiera**

- 2) **Si elige no proporcionarnos con su número de seguro social, podrá:**
  - Hacer pagos solo en efectivo o con tarjeta de crédito.
- 3) **Por favor tome en cuenta:** Si le gustaría pagar por cheque por servicios ofrecidos, usted tendrá que presentarse con una tarjeta de identificación válida emitida por el estado que comprueba el mismo domicilio al que está documentado en el cheque que súmete para el pago. Será requerido a presentar esta identificación cada vez que usted elija pagar con cheque.\*

***He leído completamente y entiendo los acuerdos y autorizaciones antedichas.***

---

Paciente (18 años o más de edad)

Fecha

---

Padre/Madre, Guardián legal responsable

Fecha

## **Aviso de la Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro de Salud (HIPAA), Prácticas de Privacidad, y Consentimiento**

Yo por la presente, doy mi consentimiento al uso y divulgación de mi información de Salud Protegida por los Centros de Salud de la Universidad Nacional de Medicina Natural (NUNM), con el propósito de **tratamientos, facturación, y funcionamiento de cuidado de salud**, o de otra manera requerido por la ley.

- NUNM ha publicado su Aviso de Prácticas de Privacidad en el sitio de web de los Centros de Salud de NUNM, [www.nunmhealthcenters.com](http://www.nunmhealthcenters.com), que provee información más detallada sobre el uso y divulgación de mi Información de Salud Protegida. Tengo el derecho de revisar el Aviso antes de firmar este consentimiento y de recibir una copia del Aviso.
- Tengo el derecho de solicitar restricciones al uso y divulgación de mi Información de Salud Protegida.
- Tengo el derecho de solicitar una alternativa al método estándar de comunicación de mi Información de Salud Protegida.
- Tengo el derecho de retirar este consentimiento, por escrito, en cualquier momento. Revocaciones serán honradas desde la fecha en la cual sean recibidas por los Centros de Salud de NUNM a la siguiente dirección: 3025 SW Corbett Avenue, Portland, Oregon 97201
- Entiendo que aunque NUNM podrá honrar estas solicitudes, no están requeridos a hacerlo por la ley.
- NUNM es parte de un acuerdo organizado de cuidado de salud incluyendo participantes de la Red de Información de Salud Comunitaria de Oregon (OCHIN) quienes utilizan el *Sistema de Cuidado Por Todas Partes*. Una lista actualizada de participantes de OCHIN está disponible en <http://www.community-health.org/partners.html>. Como un socio de negocios de los Centros de Salud de NUNM, OCHIN ofrece información de tecnología y servicios relacionados a los Centros de Salud de NUNM y otros participantes de OCHIN. OCHIN también se compromete a hacer asesoramiento de calidad y actividades de mejoramiento a nombre de sus participantes. Por ejemplo, OCHIN coordina actividades clínicas de revisión a nombre de organizaciones participantes para establecer normas de mejores prácticas y evaluar los beneficios clínicos que pueden resultar del uso de sistemas de archivos médicos electrónicos. OCHIN también le ayuda a sus participantes a trabajar colaborativamente para mejorar la administración de referidos internos y externos de sus pacientes. Su información de salud podrá ser compartida por los Centros de Salud de NUNM con otros participantes de OCHIN y *Cuidado Por Todas Partes* solo cuando fuese necesario para el propósito del funcionamiento de cuidado de salud del acuerdo de cuidado de salud organizado.
- Estoy consciente que NUNM se reserva el derecho a cambiar los términos de su Aviso de Prácticas de Privacidad y de hacer nuevas provisiones del Aviso de Prácticas de Privacidad efectivo para toda la Información de Salud Protegida quienes ellos mantienen. En el evento de dichas correcciones, NUNM pondrá a mi disposición una edición actualizada del Aviso de Prácticas de Privacidad.

***He leído completamente y entiendo los acuerdos y autorizaciones antedichas.***

---

Paciente (18 años o más de edad)

Fecha

---

Padre/Madre, Guardián responsable

Fecha