

**NUNM Clínica de Beaverton: Registro del Paciente**  
**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 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 genero se identifica?  Masculino  Femenino Otro (especifique) \_\_\_\_\_  
¿Cuál pronombre prefiere?  El  Ella Otro (especifique) \_\_\_\_\_

¿Necesita intérprete?  Sí  No Idioma Principal: \_\_\_\_\_

¿Está sin hogar?  No estoy sin hogar  Estoy sin hogar  Estoy a 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 veterano de los EE. UU?  Sí  No

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

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

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

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

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

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

---

**Información de su Médico de Atención Primaria (Favor de elegir uno de los siguientes):**

Quiero establecer cuidado de atención primaria con la Clínica de Beaverton de NUNM.

Atiendo a NUNM solo para recibir cuidado secundario/adicional.

Mi médico de atención primaria es: \_\_\_\_\_

En (Nombre de la clínica): \_\_\_\_\_

No tengo un médico de atención primaria y no quiero establecer cuidado de atención primaria con la Clínica de Beaverton de NUNM.

---

**REGISTRO DEL PACIENTE CONTINUADO**

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

Relación al 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 al paciente: \_\_\_\_\_

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

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

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

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

---

El Departamento de Facturación de las Clínicas 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 del tiempo 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 provee su información de seguro médico abajo:**

Compañía de seguro médico: \_\_\_\_\_

Dirección de las reclamaciones 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 a la registración antes de cada cita\***

---

**\*\*Aunque NUNM no está contractado con Medicare, es nuestra póliza recaudar toda la información sobre cobertura\*\***

¿Tiene Medicare?  Sí  No      ¿Si "Sí," es 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 en efectivo (si se sabe): \_\_\_\_\_

---

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

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

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

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

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

Relación al Paciente: \_\_\_\_\_

Relación al Paciente: \_\_\_\_\_

---

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

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

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

## Consentimiento para Tratamiento

Yo, \_\_\_\_\_, por la presente doy mi consentimiento al rendimiento de servicios provistos a mi (o el paciente nombrado a continuación, por quien soy legalmente responsable) como un paciente del Colegio Nacional de Medicina Natural. Entiendo que el cuidado al paciente es dirigido por profesionales de salud licenciados quienes son empleados de NUNM. Doy mi consentimiento para los servicios rendidos y provistos a mí bajo las instrucciones de estos 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 como parte de los programas educativos de la institución.

He leído y entiendo los acuerdos antedichos y las autorizaciones.

Para atestiguar mi consentimiento a estos procedimientos, por la presente afijo mi firma a esta autorización para tratamiento.

|       |                     |                    |                     |
|-------|---------------------|--------------------|---------------------|
| Fecha | Nombre del Paciente | Firma del Paciente | Fecha de Nacimiento |
|-------|---------------------|--------------------|---------------------|

|       |  |
|-------|--|
| Fecha | Nombre y Firma del Paciente, Tutor Legal, Personal Responsable |
|-------|--|

**Consentimiento para Evaluación y Tratamiento de Un Niño de Menor Edad**

Yo, \_\_\_\_\_, siendo el padre/tutor legal/representante personal de \_\_\_\_\_ he leído y entendido completamente el mencionado Consentimiento Informado y por este medio doy permiso para que mi hijo(a) reciba tratamiento en las Clínicas de NUNM (Beaverton, Clínica del Campus, Clínicas Comunitarias).

## **Declaración de Responsabilidad Financiera**

Entiendo y estoy de acuerdo con las responsabilidades generales siguientes:

- Opciones financieras son extendidas a mí dependiendo en la información que he proporcionado.
- Soy responsable como el paciente o el fiador del paciente por el pago completo de los servicios rendidos al tiempo del servicio (a menos que se hayan hecho acuerdos de pagamiento) incluyendo medicinas, exámenes del laboratorio y ordenes adicionales hechas por los médicos de exámenes del laboratorio.
- Me hago responsable de proporcionar toda la documentación correcta y total requerida para apoyar cualquier descuento que esté recibiendo.
- Reconozco que soy financieramente responsable por todos los costos. Si se hace necesario recaudar cualquier cantidad adeudada en esta visita o visitas siguientes, el abajofirmante se compromete en pagar todos los costos y gastos, incluyendo honorarios razonables de abogado. Mediante la presente autorizo a las Clínicas de NUNM (Beaverton, Clínica del Campus, Clínicas Comunitarias) a hacer disponible la información necesaria para garantizar el pago.

He leído este documento en su totalidad y comprendo los acuerdos y autorizaciones antedichas.

---

|       |                     |                    |                     |
|-------|---------------------|--------------------|---------------------|
| Fecha | Nombre del Paciente | Firma del Paciente | Fecha de Nacimiento |
|-------|---------------------|--------------------|---------------------|

---

|       |  |
|-------|--|
| Fecha | Nombre y Firma del Pariente, Tutor Legal, Personal Responsable |
|-------|--|

## **Aviso de Prácticas de Privacidad y Formulario de Consentimiento de HIPAA**

Por medio de la presente consiento en que el Colegio Nacional de Medicina Natural (NUNM) utilice y revele la información sobre mi salud protegida por leyes de privacidad con propósitos de **tratamiento, pago y operaciones de cuidados médicos**, o tal como lo requiera la ley.

- NUNM publicó su Aviso de Prácticas de Privacidad, que provee información más detallada sobre el uso y la divulgación de mi Información Protegida de Salud. Tengo el derecho de revisar el Aviso antes de revisar este consentimiento, y de recibir una copia impresa del dicho Aviso.
- Tengo el derecho de solicitar restricciones sobre el uso y la divulgación de mi Información Protegida de Salud.
- Tengo el derecho de solicitar un método alternativo al método estándar de comunicación sobre mi Información Protegida de Salud.
- Tengo el derecho de revocar este consentimiento, por escrito, en cualquier momento. Las revocaciones serán honradas a partir del día en que sean recibidas por las Clínicas de NUNM (Beaverton, Clínica del Campus, Clínicas Comunitarias) a la siguiente dirección: 3025 SW Corbett Avenue, Portland, Oregon 97201
- Entiendo que aunque NUNM podrá cumplir con estas solicitudes, jurídicamente no son requeridos a hacerlo.
- NUNM es parte de un arreglo organizado de cuidado de salud incluyendo participantes en la Red de Información de Salud de la Comunidad de Oregon (OCHIN) cual usa el sistema *Care Everywhere*. Una lista actual de participantes de OCHIN está disponible en <http://www.community-health.org/partners.html>. Como un socio de negocios de las Clínicas de NUNM (Beaverton, Clínica del Campus, Clínicas Comunitarias), OCHIN suministra tecnología de información y servicios relacionados a las Clínicas de NUNM (Beaverton, Clínica del Campus, Clínicas Comunitarias) y otros participantes de OCHIN. OCHIN también se dedica a evaluaciones de calidad y actividades de mejoramiento a nombre de sus participantes. Por ejemplo, OCHIN coordina actividades de revisión clínica a nombre de organizaciones participantes para establecer estándares de mejores prácticas y evaluar beneficios clínicos que podrán ser derivados del uso del sistema de registros electrónicos de salud. OCHIN también le ayuda a participantes a trabajar colaborativamente para mejorar la administración de referencias internas y externas de pacientes. Su información de salud podrá ser compartida por las Clínicas de NUNM (Beaverton, Clínica del Campus, Clínicas Comunitarias) con otros participantes de OCHIN y *Care Everywhere* solamente cuando sea necesario para fines de procedimientos de cuidado de salud del arreglo organizado de cuidado de salud.
- Estoy al tanto que NUNM se reserva el derecho de cambiar los términos del Aviso de Prácticas de Privacidad, y de redactar un nuevo Avisos de Prácticas de Privacidad disposiciones eficaces para toda la Información Protegida de Salud que mantienen. En caso de enmiendas, NUNM pondrá a disposición un Aviso de Prácticas de Privacidad revisado para mi comprobación.

---

|       |                     |                    |                     |
|-------|---------------------|--------------------|---------------------|
| Fecha | Nombre del Paciente | Firma del Paciente | Fecha de Nacimiento |
|-------|---------------------|--------------------|---------------------|

---

|       |  |
|-------|--|
| Fecha | Nombre y Firma del Pariente, Tutor Legal, Personal Responsable |
|-------|--|