

Registración de los Centros de Salud Comunitarios 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 del 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 mí
- 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 supuesto 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 té, 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 recete 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, tálalas 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
 - Sangrar
 - 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 gotea 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 podrá 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

- 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.
- Podré 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, 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 legal responsable

Fecha

HISTORIAL DE SALUD PERSONAL

Paciente: _____ Fecha de Nacimiento _____

Apellido

Primer Nombre

Medio Nombre

¿Cuál es la razón principal de su visita a nuestro centro de salud hoy?

Alergias: ¿Tiene alergias a lo siguiente? (Por favor elija todo lo que aplique)

- | | | | | | |
|-------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|---|-----------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Sulfa | <input type="checkbox"/> Penicilina | <input type="checkbox"/> Tetraciclina | <input type="checkbox"/> Morfina | <input type="checkbox"/> Aspirina | <input type="checkbox"/> Codeína |
| <input type="checkbox"/> AINE | <input type="checkbox"/> Látex | <input type="checkbox"/> Lidocaína | <input type="checkbox"/> Tinte de Contraste | <input type="checkbox"/> Sulfitos | <input type="checkbox"/> Polen |
| <input type="checkbox"/> Gatos | <input type="checkbox"/> Perros | <input type="checkbox"/> Molde | <input type="checkbox"/> Polvo | <input type="checkbox"/> Abejas | <input type="checkbox"/> Soya |
| <input type="checkbox"/> Trigo | <input type="checkbox"/> Mariscos | <input type="checkbox"/> Pescado | <input type="checkbox"/> Cacahuets | <input type="checkbox"/> Huevos | <input type="checkbox"/> Leche |
| <input type="checkbox"/> Otro _____ | | | | | |

Medicamentos: Escriba todos los medicamentos, medicamentos de venta libre, vitaminas, u otros suplementos que esté tomando:

Nombre del Medicamento/u de los Suplementos	Potencia	Frecuencia Tomado

Condiciones Médicas: ¿Actualmente tiene un historial de lo siguiente? (Por favor seleccione todo lo que aplique)

- | | | | |
|---|--|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Enfermedad del Corazón | <input type="checkbox"/> Alta Presión Arterial | <input type="checkbox"/> Colesterol alto | <input type="checkbox"/> Apoplejía |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> EPOC | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Cáncer |

- Depresión/Ansiedad Enfermedad del hígado Problemas Digestivos Trastorno de la tiroides
 Trastorno suprarrenal Enfermedad de los riñones

Cirugías / Hospitalizaciones: ¿Ha tenido algunas de las siguientes cirugías? (Por favor seleccione todo lo que aplique)

- Apendectomía Cirugía cerebral Cirugía de los Senos Cesárea
 CRC Colectomía Cirugía de Colon Cosmética
 Cirugía de los ojos Cirugía de Fractura Reparación de hernia Histerectomía
 Reemplazo de Articulaciones Cirugía de la próstata Cirugía del pequeño intestino Cirugía de la Columna
 Amigdalotomía Ligadura de trompas Reemplazo de la válvula Vasectomía
 Otro: _____

Historial Familiar: ¿Tiene una historial de lo siguiente en su familia? (Marque con "X" las cajas que apliquen para usted).

Condición Médica	Madre	Padre	Hermana	Hermano	Abuela Maternal	Abuela Paternal	Abuelo Maternal	Abuelo Paternal	Hermana de su Madre	Hermano de su Madre	Hermana de su Padre	Hermano de su Padre
Alcohol y Drogas / Adicciones												
Artritis												
Asma												
Cáncer												
Enfermedad Cardíaca												
Depresión												
Diabetes												

Colesterol Alto												
Alta Presión Arterial												
Enfermedad de los Riñones												
Enfermedad Mental												
Apoplejía												
Problemas de la Vista												

Historial Social: Por favor conteste las siguientes preguntas sobre su historial social.

¿En el año pasado, se ha preocupado que se le va acabar la comida antes de que tenga el dinero para comprar más?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
¿Usted bebe alcohol?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

Si "SÍ", cuanto de lo siguiente por semana: ____ vasos de vino ____ tragos de licor ____ latas de cerveza

¿Es usted activo/a sexualmente?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No actualmente
¿Parejas?	<input type="checkbox"/> Hombres	<input type="checkbox"/> Mujeres	<input type="checkbox"/> Ambos

¿Cuál es el método anticonceptivo que usa actualmente? (Por favor seleccione todo lo que aplique):

- Abstinencia Capuchón cervical Condón Diafragma Parche Implante
 Inyección Inserciones Dispositivo Intrauterinos Sistema Intrauterino Píldora
 Método del ritmo/del calendario Espermicidas Esponja Quirúrgico Anillo vaginal
 Coitus Interruptus (eyaculación fuera de la vagina) Ninguno

¿Actualmente usa cualquiera de las siguientes drogas recreacionales o de la calle? (Por favor seleccione todo lo que aplique):

- Crack Cocaína Éxtasis Intravenoso/a Heroína Ácido
 Marihuana Metanfetamina Cigarrillo electrónico Otra _____

¿Usa algunos de los siguientes productos de tabaco? (Por favor seleccione todo lo que aplique):

- Cigarrillos Cigarros Pipa Tabaco en polvo Tabaco de mascar
 Otro _____ Paquetes por día: _____
 Día que empezó: _____ Años fumando: _____
 Día que dejó: _____ ¿Listo/a para dejar? Sí No

Revisión de Sistemas: Por favor circule: S= Sí, condición presente. N=No, nunca tuvo la condición.

Constitucional

Fiebre	S	N	Resfriado	S	N	Pérdida de peso	S	N
Malestar/Fatiga	S	N	Sudor	S	N	Debilidad	S	N

Piel

Sarpullido	S	N	Comezón	S	N	Cambios de color	S	N
------------	---	---	---------	---	---	------------------	---	---

Cabeza, Oídos, Ojos, Nariz, Garganta

Jaqueca	S	N	Pérdida de la audición	S	N	Zumbido de oídos	S	N
Dolor de oído	S	N	Secreción de oído	S	N	Hemorragias Nasales	S	N
Congestión	S	N	Estridor	S	N	Ardor de Garganta	S	N
Migrañas	S	N	Problemas de la articulación temporomandibular				S	N

Ojos

Visión borrosa	S	N	Doble visión	S	N	Sensibilidad a la luz	S	N
Dolor del ojo	S	N	Secreción de los ojos	S	N	Enrojecimiento de los ojos	S	N

Cardiovascular

Dolor del pecho	S	N	Palpitaciones	S	N	Falta de aliento al acostarse	S	N
Claudicación	S	N	Hinchazón de las piernas	S	N	Trastorno neurológico para-neoplásico	S	N
Dolor abdominal	S	N	Coágulos de Sangre	S	N	Enfermedad cardíaca	S	N
Baja / alta presión arterial	S	N						

Respiratoria

Toz	S	N	Tosiendo Sangre	S	N	Producción de flema	S	N
Dificultad al respirar	S	N	Sibilancias / Jadear	S	N	Asma	S	N

Gastrointestinal

Acidez	S	N	Náusea	S	N	Vómitos	S	N
Dolor abdominal	S	N	Diarrea	S	N	Constipación	S	N
Sangre en la heces	S	N	Heces negras	S	N			

¿Cuántos excrementos al día? _____

Genitourinario

Dolor al orinar	S	N	Urgencia	S	N	Frecuencia	S	N
Sangre en la orina	S	N	Dolor lateral	S	N	Incontinencia	S	N
Infecciones frecuentes	S	N						

Reproductivo Masculino

Hernias	S	N	Masas testiculares	S	N	Dificultad sexual	S	N
---------	---	---	--------------------	---	---	-------------------	---	---

Reproductivo Femenino

Edad de la primera regla _____ Edad de la última menstruación (si postmenopáusica) _____

Duración del ciclo _____ Duración de la regla _____ Fecha del último examen anual _____

Número de embarazos _____ Número de nacimientos vivos _____

Número de abortos naturales _____ Número de abortos _____

Musculoesquelético

Dolor Muscular	S	N	Dolor del Cuello	S	N	Dolor de la Espalda	S	N
Dolor de las articulaciones	S	N	Caídas	S	N	Espasmos Musculares	S	N

Endocrino/Alergias

Sed Excesiva	S	N	Alergias medio ambientales	S	N		
Sangra con facilidad o recibe moretones fácilmente				S	N	Intolerancia al frio	S N
Hambre Excesiva	S	N	Intolerancia al Calor	S	N		
Diabetes _____			Problemas de la Tiroides _____				

Neurológico

Mareos	S	N	Hormigueo	S	N	Temblor	S	N
Cambios Sensoriales	S	N	Cambios a la manera de hablar				S	N
Debilidad Focal	S	N	Convulsiones	S	N	Desmayo	S	N
Entumecimiento	S	N	Parálisis	S	N	Perdida de la Memoria	S	N

Emocional (Psiquiátrico)

Depresión	S	N	Ideas de Suicidio	S	N	Abuso de Sustancias	S	N
Alucinaciones	S	N	Nervioso(a)/Ansioso(a)	S	N	Insomnio	S	N
Perdida de la Memoria	S	N	Cambios de Humor	S	N	Tensión/Estrés	S	N

Solicitud Para el Programa de Atención Humanitaria de NUNM

- **Asistencia financiera depende en el cumplimiento de requisitos de elegibilidad.**
- **Usted será notificado(a) por un empleado de NUNM sobre el estatus de su solicitud.**
- **Debe proveer prueba de ingresos con esta solicitud.**

1. **Paciente:** _____
Nombre Apellido Fecha de nacimiento

2. **¿En qué condado vive?** _____ **¿Código postal?** _____

3. **¿Tiene usted seguro médico de cualquier tipo?** Sí No

Si la respuesta es sí, por favor escribe el tipo y nombre del seguro médico:

4. **NUNM ofrece asistencia para la inscripción de Medicaid / Oregon Health Plan. ¿Estaría usted interesado(a) en ser contactado por un Asistente de Inscripción?** Sí No

5. **Anote cuantas personas viven en su hogar y combine todos los ingresos brutos:**

Combinados Ingresos Familiares Brutos				
# de personas en su hogar (incluyéndose a sí mismo/a)	Cantidad de Ingresos	Frecuencia (Elija uno)		Empleador/Fuente de trabajo
	\$	Semanal	Quincenal	
		Mensual	Anual	

Miembros de su hogar	Nombres	Fecha de nacimiento
Sí mismo:		
Pareja:		
Otro:		
Otro:		
Otro:		
Otro:		

Certifico que esta información es verdadera y exacta de mi hogar y el estado financiero en este momento. He leído y estoy de acuerdo con las disposiciones de la solicitud de asistencia financiera.

Firma del Solicitante: _____ Fecha: _____

Esta sección debe ser llanada por un personal administrativo:

MRN: _____

1. Financial Assistance: Tier 1 / Tier 2 / Tier 3 / Tier 4 (circle one)
2. Coverage added to EPIC account Yes / No Date coverage added: _____
3. Proof of Income provided: W2 / Paystub / Other: _____/Pending
4. Staff member name: _____

Programa de Atención Humanitaria: Auto-declaración de Ingresos

- Su asistencia financiera depende en el cumplimiento de requisitos de elegibilidad.
- Usted será notificado(a) por un empleado de NUNM sobre el estatus de su solicitud: **calificado(a) o no calificado(a)**.
- Si se aprueba, la solicitud caducará automáticamente un año desde la fecha de inscripción y debe volver a solicitar.
- Debe proveer prueba de ingresos con esta solicitud.

Paciente: _____
 Nombre Apellido Fecha de nacimiento

Usted puede llenar este formulario si no tiene otra manera de documentar sus ingresos. Tendrá que responder a todas las preguntas y marque los círculos que le corresponde: un formulario incompleto podría resultar en que su solicitud sea rechazada.

¿Cuál es su Fuente de trabajo actual? _____

¿Empleador? _____

Me pagan en efectivo

No recibo cheques

No recibo talones de pago

No puedo obtener una letra por parte de mi empleador. Explíquenos por qué:

Mi sueldo en efectivo es: \$ _____

¿Frecuencia? (diariamente, semanal, mensual): _____

Solicitante/recipiente tiene que leer lo siguiente y firmar:

Certifico que no tengo otra manera de documentar mis ingresos y que toda esta información es verdadera y correcta. Entiendo que esta información será utilizada para determinar mi elegibilidad para los Programas de Seguro de Salud Públicos. Entiendo que oficiales del programa pueden verificar la información contenida en este formulario. También entiendo que si no represento mis ingresos verdaderos, tendría que reembolsar los beneficios recibidos y podría ser proseguido por la ley.

Firma del Solicitante: _____ Fecha: _____

Esta sección debe ser llenada por un personal administrativo:

MRN: _____

5. Financial Assistance: Tier 1 / Tier 2 / Tier 3 / Tier 4 (circle one)

6. Coverage added to EPIC account Yes / No Date coverage added: _____

7. Proof of Income provided: W2 / Paystub / Other: _____/Pending

8. Staff member name: _____