



No tengo un médico de cabecera y no deseo establecer cuidado médico de atención primaria con los Centros 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 para su cita.

**Por favor proporcione su información de seguro médico (Aseguración) 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 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  NoPlan de Medicare (elija todo lo aplicable):  Parte A  Parte B  Advantage (Parte C)

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

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

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.**

**X** \_\_\_\_\_

**X** \_\_\_\_\_

**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 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:
  - 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 formula 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 podre experimentar incomodidad temporal en el sito 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.***

X

Paciente (18 años o más de edad)

X

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.*

X

\_\_\_\_\_  
Paciente (18 años o más de edad)

X

\_\_\_\_\_  
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.***

X

\_\_\_\_\_  
Paciente (18 años o más de edad)

X

\_\_\_\_\_  
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"/> Moho         | <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 (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica) | <input type="checkbox"/> Diabetes             | <input type="checkbox"/> Cáncer                   |
| <input type="checkbox"/> Depresión/Ansiedad     | <input type="checkbox"/> Enfermedad del hígado                          | <input type="checkbox"/> Problemas Digestivos | <input type="checkbox"/> Trastorno de la tiroides |
| <input type="checkbox"/> Trastorno suprarrenal  | <input type="checkbox"/> Enfermedad de los riñones                      |   |   |

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

- |   |   |  |  |
|---|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Apendectomía                                 | <input type="checkbox"/> Cirugía cerebral       | <input type="checkbox"/> Cirugía de los Senos          | <input type="checkbox"/> Cesárea                 |
| <input type="checkbox"/> CRC (Cirugía de revascularización coronaria) | <input type="checkbox"/> Colectomía             | <input type="checkbox"/> Cirugía de Colon              | <input type="checkbox"/> Cosmética               |
| <input type="checkbox"/> Cirugía de los ojos                          | <input type="checkbox"/> Cirugía de Fractura    | <input type="checkbox"/> Reparación de hernia          | <input type="checkbox"/> Histerectomía           |
| <input type="checkbox"/> Reemplazo de Articulaciones                  | <input type="checkbox"/> Cirugía de la próstata | <input type="checkbox"/> Cirugía del pequeño intestino |  |
| <input type="checkbox"/> Cirugía de la Columna                        | <input type="checkbox"/> Amigdalotomía          | <input type="checkbox"/> Ligadura de trompas           | <input type="checkbox"/> Reemplazo de la válvula |
| <input type="checkbox"/> Vasectomía                                   |   |  |  |
| <input type="checkbox"/> 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												

¿En las últimas 2 semanas, con qué frecuencia le ha molestado los siguientes problemas? (PHQ-2)

1. Poco interés o placer en hacer las cosas	<input type="checkbox"/> Casi todos los días <input type="checkbox"/> Más que la mitad de los días <input type="checkbox"/> Varios días <input type="checkbox"/> Para nada
2. Sintiendo deprimido o sin esperanzas	<input type="checkbox"/> Casi todos los días <input type="checkbox"/> Más que la mitad de los días <input type="checkbox"/> Varios días <input type="checkbox"/> Para nada

**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"/> Sí	<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 cardiaca	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 Cuidado Compasivo de NUNM

- Requisitos deben cumplirse en su totalidad para inscribirse en el programa de asistencia financiera. Comprobantes de ingresos son requeridos para completar la solicitud.
- Usted será notificado(a) por un empleado de NUNM sobre el estatus de su 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:		

6. Por favor seleccione todo lo aplicable.

Jubilado Federal o recipiente de Medicare Federal     Veterano     62 años o más de edad

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 será llenada solamente por personal administrativo:**

1. Financial Assistance: Tier 1 / Tier 2 / Tier 3 / Honored Citizen (circle one)
2. Proof of Income provided: W2 / Paystub / Self-Verified / Pending
3. Staff Member Name: \_\_\_\_\_

## **Programa de Cuidado Compasivo: Auto-declaración de Ingresos**

**Complete la información siguiente solamente si no tiene una manera de documentar sus ingresos. Tendrá que llenar la forma completamente y contestar todas las preguntas. Si no llena la solicitud en su totalidad, podrá que su solicitud sea rechazada.**

---

**1. Mi empleador actualmente es:** \_\_\_\_\_

**2. Cual es o son las otras fuentes de su ingreso:** \_\_\_\_\_

Me pagan en efectivo  No recibo cheques  No recibo talones de pago  No presento impuestos

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

\_\_\_\_\_

**\*Mi sueldo en efectivo es: \$** \_\_\_\_\_

**\*¿Frecuencia? (Semanal, Quincenal, Mensual, Anual):** \_\_\_\_\_

### **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 será llenada solamente por personal administrativo:**

1. Financial Assistance: Tier 1 / Tier 2 / Tier 3 / Honored Citizen (circle one)
2. Proof of Income provided: W2 / Paystub / Self-Verified / Pending
3. Staff Member Name: \_\_\_\_\_