



Date Completed: _____

MRN: _____

DOB: _____

Campus Principal: 3025 SW Corbett Ave. Portland, OR 97201
NUNM Centro de Información: 503-552-1551

REGISTRACIÓN PARA PACIENTES NUEVOS

(Por favor escriba legiblemente)

INFORMACION DEMOGRÁFICA:

Nombre completo del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____
(Apellido) (Nombre) (Segundo Nombre)

Otros Nombres: _____

¿Cuál es el nombre que prefiere? (Apodo, etc.) _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono de Casa: _____ Teléfono del Trabajo: _____

Teléfono Celular: _____ Correo Electrónico: _____

Numero de Contacto que Prefiere: Celular Casa Trabajo

¿Cómo podemos contactarle? Mensaje de Texto Correo Electrónico Teléfono Correo

¿Podemos dejar mensajes confidenciales de correo de voz en su teléfono? Sí No

Número de Seguro Social: _____ (Utilizado para su privacidad de identidad en NUNM y solo con ese propósito)

La siguiente información que proporcione nos ayuda a servirle a usted y otros miembros de la comunidad.

¿Cuál es el sexo que fue asignado(a) cuando nació? Masculino Femenino Otro (especifique) _____

¿Con cuál género se identifica? Masculino Femenino Otro (especifique) _____

¿Cuál pronombre prefiere? El Ella Otro (especifique) _____

¿Necesita intérprete? Sí No Idioma Principal: _____

¿Está sin hogar? Sí No Estoy a riesgo de estar sin hogar Vivienda Transitoria Viviendo en un albergue

¿Trabajador Temporal o de Migrante? Temporal Migrante Ninguno

Grupo Étnico (Elija Uno): Hispano Non-Hispano Otro _____

Raza (Elija todo lo aplicable): Asiática Negra Blanca Nativa de Alaska Islas del Pacifico
 Nativa Americana Otra _____

¿Es usted un veterano de los EE.UU.? Sí No

Ocupación: _____ Horas Por Semana: _____ Empleador: _____

Estado de Empleo (Elija todo lo aplicable): Tiempo Completo Tiempo Parcial Sin Empleo Retirado(a)



Date Completed: _____

MRN: _____

DOB: _____

Campus Principal: 3025 SW Corbett Ave. Portland, OR 97201
NUNM Centro de Información: 503-552-1551

- Temporal Trabajo por mi propia cuenta Estudiante (Tiempo Completo) Estudiante (Tiempo Parcial)
- Estudiante de NUNM Empleado(a) de NUNM

PROVEEDOR MÉDICO DE CABECERA: *(Por favor elija una opción de las siguientes):*

Quiero establecer cuidado médico de atención primaria en los Centros de Salud de NUNM.

Solo visito NUNM para recibir cuidado médico adjunto/adicional.

Mi Doctor Médico de Cabecera es: _____

Localizado en (Nombre de la clínica): _____

No tengo un doctor médico de cabecera y no quiero establecer cuidado médico de atención primaria con NUNM en este momento.

**Por favor tome en cuenta: Unos servicios provistos por NUNM requieren que el paciente este establecido con un doctor médico de cabecera. Estos servicios incluyen cualquier servicio de especialidad, incluyendo, pero no limitado por cuidado de cáncer, terapia intravenosa, medicina física, y la homeopatía.*

OTROS PROVEEDORES (ESPECIALISTAS):

CONTACTO DE EMERGENCIA: *(La persona que NUNM llamará en caso de una emergencia)*

Nombre: _____ Relación: _____

Dirección: _____

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 diferente a la del paciente): _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Número de Seguro Social: _____ Genero: M F Otro Fecha De Nacimiento: _____

Idioma Principal del Fiador: _____ Teléfono: _____

SEGURO MÉDICO: *(Por favor proporcione su información de seguro médico abajo)*

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



Date Completed: _____

MRN: _____

DOB: _____

Campus Principal: 3025 SW Corbett Ave. Portland, OR 97201
NUNM Centro de Información: 503-552-1551

cualquier descuento aplicable a su consulta. **Por favor esté preparado(a) para presentar su tarjeta de seguro médico a la recepción antes de cada cita.**

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: _____

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

¿Tiene Medicare? Sí No ¿Si eligió "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 Efectiva (Si sabe): _____

OPCIONAL: Yo autorizo a los siguientes individuos para que hagan citas por mi cuenta en NUNM:

Nombre: _____ Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Relación al Paciente: _____ Relación al Paciente: _____

AUTORIZACION: Yo certifico que la información antedicha es verdadera y correcta según entendido.

Firma del Paciente, Padre, Madre, o Tutor Legal Fecha

Gracias por completar esta forma. Por favor tómese un momento para reconocer sus derechos y responsabilidades como paciente de los Centros de Salud de NUNM.

Derechos y Responsabilidades del Paciente

La documentación entera de los Derechos y Responsabilidades del Paciente de NUNM está disponible para revisar en la sala de espera del Centro de Salud o puede ser solicitada en la recepción. También puede solicitar una copia.

AUTORIZACIÓN: Yo certifico que he revisado y entendido mis derechos y responsabilidades.

Firma del Paciente, Padre, Madre, o Tutor Legal Fecha



Date Completed: _____

MRN: _____

DOB: _____

Campus Principal: 3025 SW Corbett Ave. Portland, OR 97201
NUNM Centro de Información: 503-552-1551

MEDICINA NATUROPÁTICA, MEDICINA CHINA CLÁSICA Y NUTRICIÓN CONSENTIMIENTO PARA ESTABLECER TRATAMIENTO

El consentimiento informado es un proceso, no un formulario, e implica un diálogo constante e interactivo entre usted y el profesional que lo trata. El procedimiento de consentimiento informado ocurre cuando la comunicación entre usted y el profesional tratante da como resultado su autorización o acuerdo para someterse a una intervención médica específica.

Por este medio otorgo mi consentimiento para recibir los servicios que se me prestaron y brindaron (o se prestaron y brindaron al paciente nombrado a continuación, por quien soy legalmente responsable) como paciente de los Centros de Salud de la National University of Natural Medicine (NUNM). Entiendo que la atención del paciente está dirigida por profesionales de la salud licenciados empleados por la NUNM. Doy mi consentimiento para que me brinden servicios bajo las instrucciones de estos profesionales, así como también por parte de médicos voluntarios del personal que pudieran estar asociados con fines de consulta.

Reconozco que NUNM es una institución educativa. Acepto que las personas que sean estudiantes y médicos residentes participen en mi atención como parte de los programas educativos de la institución. Por este medio solicito y doy mi consentimiento para los exámenes y tratamientos a los que me sometan los profesionales, los estudiantes y los proveedores afiliados en los Centros de salud de la NUNM.

Entiendo que tengo derecho a hacer preguntas y a hablar con los profesionales o estudiantes antemencionados, hasta estar conforme, sobre lo siguiente:

- Mi supuesto diagnóstico o supuesta afección.
- La naturaleza, el propósito, los objetivos y los posibles beneficios de la atención propuesta.
- Los riesgos inherentes, las complicaciones, los posibles riesgos o efectos secundarios del tratamiento o del procedimiento.
- La probabilidad de éxito.
- Las alternativas razonables disponibles al procedimiento de tratamiento propuesto.
- Las posibles consecuencias si no se siguieran el tratamiento o las recomendaciones o si no se hiciera nada.

Entiendo que la evaluación y el tratamiento podrían incluir, entre otras cosas:

- **Procedimientos diagnósticos comunes** (incluyendo, entre otras cosas, exámenes físicos, análisis de sangre y otros fluidos corporales en laboratorio, electrocardiograma, pruebas de función pulmonar, ecografías y transferencias a procedimientos diagnósticos externos).
- **Tratamiento de tejidos blandos** (incluyendo entre otros masajes, técnicas neuromusculares y técnica de energía muscular) y manipulación ósea naturopática de la columna y las extremidades (consulte los detalles a continuación, en la sección de tratamiento de medicina física).
- **Recomendaciones y asesoramiento dietético y de nutrición terapéutica** (incluyendo entre otras cosas el uso de alimentos, planes de dieta personalizados, suplementos alimentarios e inyecciones [intravenosas e intramusculares] parenterales de vitaminas (consulte a continuación el consentimiento separado para inyección parenteral)).
- **Inyección en punto gatillo/Proloterapia** con o sin sustancias vitamínicas.
- **Recetas de sustancias naturales** (incluyendo entre otras cosas sustancias vegetales o herbales, minerales o de origen animal, con plena potencia o sumamente diluidas/homeopáticas). Las sustancias podrían administrarse en forma de

Campus Principal: 3025 SW Corbett Ave. Portland, OR 97201
 NUNM Centro de Información: 503-552-1551

tés, píldoras, cremas, polvos, tinturas (que podrían contener alcohol), supositorios, cremas tópicas, pastas, apósitos, lavajes u otras formas.

- **Orientación** (incluyendo entre otras cosas técnicas de conciencia plena o *mindfulness*, cambios conductuales, técnicas de manejo del estrés y cesación del consumo de tabaco y otras sustancias).
- **Medicamentos de venta libre y de venta con receta** (incluso solo aquellos medicamentos incluidos en el formulario de la Junta de Medicina Naturopática de Oregon).
- Procedimientos de **hidroterapia** (incluyendo entre otros aplicaciones alternadas de agua caliente y fría, baños, sauna, hielo, toallas o sábanas, estimulación eléctrica, ecografía y diatermia) y otros tratamientos. Entre los riesgos y complicaciones posibles asociados con estos procedimientos se incluyen los siguientes:
 - Quemaduras o irritaciones leves en la piel
 - Sarpullido
 - Disminución temporal de la presión arterial
 - Sobrecalentamiento
 - Mareos
- Procedimientos de **medicina china clásica** que incluyen, entre otros, acupuntura, moxibustión, aplicación de ventosas, electroacupuntura, herbología y masajes. Entre los riesgos y complicaciones posibles asociados con estos procedimientos se incluyen los siguientes:
 - Quemaduras leves
 - Desmayos
 - Sangrado
 - Náuseas
 - Formación de cicatrices
 - Hormigueo/dolor en torno a los sitios de colocación de agujas que podría durar algunos días
 - Infecciones y ampollas
 - Moretones
- Tratamientos de **medicina física**, que incluyen exámenes, procedimientos de diagnóstico, manipulación o movilización del cuello, la columna y las extremidades con movimiento de articulaciones y tejidos blandos y tratamientos de tejidos blandos (específicamente: terapias manuales en tejidos blandos, movilización de tejidos blandos asistida por instrumentos [IASTM, por su sigla en inglés], terapia de percusión/vibración y vendaje funcional con cintas adhesivas rígidas). También podrían aplicarse fisioterapia, lo que incluye ejercicio, estimulación eléctrica, terapia con calor y frío, ecografías, diatermia, unidades de estimulación nerviosa eléctrica transcutánea [TENS, por su sigla en inglés], tratamientos láser de bajo nivel, tracción y otras modalidades terapéuticas recomendadas para mi afección. Entre los riesgos y complicaciones posibles asociados con estos procedimientos se incluyen los siguientes:
 - Dolor
 - Esguinces o distensiones musculares
 - Moretones leves a moderados
 - Espasmos musculares
 - Mareos
 - Quemaduras por fisioterapia (excepcionales)
 - Aumento temporal de los síntomas
 - Fracturas/lesiones articulares
 - Accidente cerebrovascular (se ha reportado de manera excepcional, específicamente por manipulaciones de cuello)
- Tratamientos de **terapia de inyección parenteral (intravenosa [IV] e intramuscular)**, que incluyen goteos, inyección intravenosa lenta y quelación IV (desintoxicación de metales pesados). Este tratamiento implica la inserción de una aguja para inyectar una fórmula estandarizada en las venas o en los músculos. Entre los riesgos y complicaciones posibles asociados con estos procedimientos se incluyen los siguientes:
 - Dolor, moretones o infección en el sitio de inyección.
 - Inflamación de la vena usada para la infusión (flebitis).
 - Reacción alérgica grave o anafilaxia que pueden provocar paro cardíaco y posiblemente la muerte.

Entre las alternativas a la terapia IV se incluyen:

- Complementación oral
- Cambios de estilo de vida y en la alimentación



Date Completed: _____

MRN: _____

DOB: _____

Campus Principal: 3025 SW Corbett Ave. Portland, OR 97201
NUNM Centro de Información: 503-552-1551

CONSENTIMIENTO INFORMADO Y SOLICITUD DE TRATAMIENTO (CONTINUACIÓN)

Entiendo que algunos medicamentos, suplementos y procedimientos podrían no ser adecuados durante el embarazo. Si sospechara estar embarazada, informaré de inmediato a mi profesional tratante o al estudiante para que puedan reevaluar mi plan de tratamiento.

**Tenga en cuenta lo siguiente:* Hay formularios de consentimiento informado para inyecciones parenterales o terapia de quelación (terapia IV), cirugías menores, tratamientos hormonales y otros procedimientos o servicios especiales.

He leído y comprendido en su totalidad lo que antecede y por este medio doy mi consentimiento para los servicios.

Firma del paciente

Fecha

Firma del padre/madre/tutor (si el paciente fuera menor de 15 años)

Fecha



Date Completed: _____

MRN: _____

DOB: _____

Campus Principal: 3025 SW Corbett Ave. Portland, OR 97201
NUNM Centro de Información: 503-552-1551

PÓLIZA FINANCIERA

En NUNM nuestra póliza es coleccionar el pago de todos los servicios provistos en el tiempo del servicio. Pacientes quienes no pueden pagar o no han quedado de acuerdo con nuestra oficina de facturación podrán ser requeridos a cambiar su cita para otro día. Pacientes podrán recibir una factura por servicios provistos adicionales, tal como análisis de laboratorio y procedimientos ordenados durante la cita, si es que la compañía de seguro médico ajusta la factura, o si nueva información es requerida que causara nuevos cargos. Estas facturas no son negociables.

PARA TODOS LOS PACIENTES:

- Habrá una tarifa de \$20 por cualquier cita que es perdida o no es cancelada dentro de 24 horas de la hora de la cita.
- Usted reconoce que usted es financieramente responsable por todos los cargos. Cualquier cuenta que tenga más de 120 días será enviada a una agencia de recuperación. Si es necesario efectuar la recolección de cualquier cantidad debida en esta o subsiguientes citas, el abajofirmante acepta pagar todos los costos y cargos, incluyendo cargos razonables de abogados. Usted por este medio autoriza a los Centros de Salud de NUNM a divulgar cualquier información necesaria para asegurar el pago.
- Usted es responsable como el paciente o el fiador del paciente por el pago completo de servicios provistos en el tiempo del servicio, incluyendo Medicinales, análisis de laboratorio, y análisis y exámenes adicionales ordenados por los proveedores médicos.
- Póliza de Reembolso: Nosotros reembolsaremos cualquier cantidad de crédito a una cuenta 30 días después de la emisión del crédito a la cuenta. Reembolsos son emitidos por cheque y enviados por correo a la dirección del fiador de la cuenta.

TIEMPO DEL SERVICIO Y OTROS DESCUENTOS:

- Si usted aplica y califica por cualquier descuento, usted es responsable por proporcionar información correcta para toda la documentación requerida dentro de 30 días.
- Como una cortesía por pagar todos los costos en el tiempo del servicio, usted recibirá servicios médicos a precio descontado. Si usted no paga en el tiempo del servicio no se le aplicara el descuento de tiempo del servicio en su cuenta.
- Descuentos de nuestro Programa de Cuidado Compasivo pueden ser extendidos a usted basado en la información que reporta de su ingreso bruto anual.

SI USTED TIENE SERGURO MÉDICO:

- Usted autoriza la divulgación de información en su historial de salud a su portador de seguro médico y asigna 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.
- La pre-verificación por NUNM de su seguro médico es utilizada para determinar si hay cobertura para servicios a través de su portador de seguro médico y NO es una garantía del pago de parte de su portador de seguro médico.
- Usted es responsable de proporcionar toda la documentación correcta y completa requerida para verificar su cobertura de seguro médico y/o cobrarle a su portador de seguro médico.
- Usted entiende que los Centros de Salud de NUNM podrán requerir la presentación de comprobantes de su seguro médico en cualquier momento y que su seguro médico podrá tener que re-verificarse para determinar



Date Completed: _____

MRN: _____

DOB: _____

Campus Principal: 3025 SW Corbett Ave. Portland, OR 97201
NUNM Centro de Información: 503-552-1551

detalles de cobertura específicas tan a menudo como cada seis meses, si hay una denegación de un reclamo, o si hay un cambio en la cobertura.

- Usted es responsable del pago completo y puntual de todos sus copagos de su seguro médico, deducibles, y saldos de su coaseguro debidos, incluyendo cualquier y todos los servicios que no están cubiertos o son pagados por su portador de seguro médico en el tiempo del servicio.
- Usted es responsable por los costos aunque su portador de seguro médico determine que el cuidado recibido no fue medicamente necesario.
- Podrá perder el privilegio de cobrarle a su portador de seguro médico si es que no complace con sus responsabilidades financieras o si no proporciona la documentación requerida.
- Usted entiende que los Centros de Salud de NUNM no cobrarán a seguros de automóviles.

MENORES DE EDAD QUIENES SOLICITAN TRATAMIENTO SIN UN PADRE/MADRE/TUTOR LEGAL (EADAES 15-17):

Yo, _____, verifico que tengo _____ años de edad. Estoy solicitando servicios médicos ambulatorios de la Universidad Nacional de Medicina Natural (NUNM). Yo estoy completamente informado(a) de los servicios que serán rendidos y consiento a esos servicios.

Método de Pago – Elija Uno e Inicialé

1. _____ Permito que NUNM le notifique a mis padres a la medida necesaria para obtener cobertura de seguro médico para los servicios rendidos.

La Información de Mi Seguro Médico es la siguiente:

Compañía de Seguro Médico _____

De Póliza _____

La dirección y número de teléfono de mis padres es la siguiente:

Teléfono: _____

Dirección: _____

2. _____ NO quiero que NUNM le notifique a mis padres sobre ninguno de estos servicios (Inicialé si es que sí) sin no es requerido por la ley. No deseo que NUNM obtenga el consentimiento de mis padres para cobrarle al seguro médico. Yo entiendo completamente que NUNM requiere que yo pague por todos los servicios en avance y que si no complazco puede resultar en la terminación de servicios. Si acaso no puedo pagar por estos servicios, NUNM puede, a su sola discreción, terminar esta relación y referirme a otros proveedores médicos apropiados.

He leído completamente, entiendo, y estoy de acuerdo con estas pólizas financieras.

Paciente (15 años o más de edad)

Fecha

Padre/Madre, Tutor Legal, Persona Responsable

Fecha



Date Completed: _____

MRN: _____

DOB: _____

Campus Principal: 3025 SW Corbett Ave. Portland, OR 97201
NUNM Centro de Información: 503-552-1551

Aviso de prácticas de privacidad de la HIPAA y Consentimiento

Por este medio doy mi consentimiento para el uso y la divulgación de mi Información de salud protegida a los Centros de Salud de la National University of Natural Medicine (NUNM) para operaciones de **tratamiento, pago y atención médica** o según lo exija la ley.

- La NUNM ha publicado su Aviso de prácticas de privacidad en el sitio web de los Centros de Salud de la NUNM, www.numhealthcenters.com, que proporciona información más detallada sobre el uso y la divulgación de mi Información de salud protegida. Tengo derecho a revisar el Aviso antes de firmar este consentimiento y a recibir una copia impresa del Aviso.
 - Tengo derecho a solicitar restricciones en el uso y la divulgación de mi Información de salud protegida.
 - Tengo derecho a solicitar una alternativa al método estándar de comunicación de mi Información de salud protegida.
 - Tengo derecho a revocar este consentimiento, por escrito, en cualquier momento. Las revocaciones estarán en vigencia a partir de la fecha en la que se reciban en los Centros de Salud de la NUNM, en la siguiente dirección: 3025 SW Corbett Avenue, Portland, Oregon 97201.
 - Entiendo que, si bien la NUNM puede acceder a estas solicitudes, no está obligada por ley a hacerlo.
- La NUNM forma parte de un convenio organizado de atención médica que incluye a participantes de la Red comunitaria de información de salud de Oregon (*Oregon Community Health Information Network, OCHIN*), que utiliza el sistema *Care Everywhere*. Hay una lista de participantes de la OCHIN a disposición en <http://www.community-health.org/partners.html>. Como socio comercial de los Centros de salud de la NUNM, la OCHIN proporciona tecnología de información y servicios relacionados a los Centros de Salud de la NUNM y a otros participantes de la OCHIN. Además, la OCHIN se involucra en actividades de evaluación y mejora de calidad en nombre de sus participantes. Por ejemplo, la OCHIN coordina actividades de revisión clínica en nombre de las organizaciones participantes para establecer estándares de mejores prácticas y valorar los beneficios clínicos que podrían derivar del uso de sistemas de historias clínicas electrónicas. Asimismo, la OCHIN ayuda a los participantes a trabajar en colaboración para mejorar la gestión de remisión de pacientes, tanto a nivel interno como externo. Los Centros de Salud de la NUNM podrán compartir su información de salud con otros participantes de la OCHIN y de *Care Everywhere* solo cuando sea necesario a efectos de operaciones de atención médica del convenio organizado de atención médica.
- Soy consciente de que la NUNM se reserva el derecho de cambiar los términos de su Aviso de prácticas de privacidad y efectuar nuevas disposiciones de prácticas de privacidad para toda la información de salud protegida que tiene en archivo. En caso de modificaciones, la NUNM pondrá a disposición un Aviso de prácticas de privacidad modificado para que yo lo revise.

He leído y comprendido en su totalidad los acuerdos y autorizaciones que anteceden.

Paciente (de 18 años o mayor)

Fecha

Firma del Padre/Madre, Tutor Legal, Persona Responsable

Fecha



Date Completed: _____

MRN: _____

DOB: _____

Campus Principal: 3025 SW Corbett Ave. Portland, OR 97201
NUNM Centro de Información: 503-552-1551

SOLICITUD PARA EL PROGRAMA DE CUIDADO COMPASIVO

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

1. **Paciente:** _____
Primer Nombre Apellido Fecha de Nacimiento

2. (Para Habitantes de Oregon) NUNM ofrece asistencia para inscribirse a Medicaid / El Plan de Salud de Oregon (OHP).
¿Le interesaría que un asistente de solicitud se comuniqué con usted para hacer una cita de inscripción? Sí No
Número de Teléfono Correo Electrónico

3. **Relación al Nivel Federal de Pobreza:**

*El Ingreso del Hogar son los ingresos combinados brutos (antes de impuestos) de todos los miembros de un hogar fiscal (todos las personas legalmente conectadas o personas relacionadas quienes comparten un hogar o residencia) quienes tienen 15 años de edad o más.

# Total de Personas En Su Hogar	Ingresos Brutos Combinados de Todos en el Hogar	¿Con que Frecuencia Recibe la Cantidad el Hogar? (Elija uno)			
	\$	Semanal	Quincenal	Mensual	Anual

4. **Documentos Para Apoyar la Declaración de Ingresos**

¿Qué tipos de documentos trajo para comprobar sus ingresos de hogar? _____

Se me han olvidado mis documentos y reconozco que se me dará un periodo de cortesía de 30 días para proporcionar mis documentos. Después de ese periodo de tiempo, no seré elegible para recibir descuentos hasta que no presente mi documentación.

5. **Por favor seleccione todo lo que sea aplicable a usted.**

Jubilado Federal o Recipiente de Medicare Federal Veterano(a) 62 Años o Más de Edad

6. **Reconocimiento de la Póliza de Descuentos**

Entiendo que si soy elegible para recibir un descuento, será aplicado solamente cuando pague en la recepción después de la cita. Descuentos no son aplicados para individuos quienes solicitaron facturación de cortesía (a los que se les envié la cuenta a su domicilio), o para pacientes quienes se les olviden pagar después de su cita.

Verifico que esta información es un recuento correcto y complete sobre mi hogar y mi estado financiero en este momento.

He leído y estoy de acuerdo con las provisiones de la solicitud de asistencia financiera.

Si fue indicado, estoy de acuerdo con que me contacte un representante de NUNM para inscribirme al Plan de Salud de Oregon.

Firma del Solicitante

Fecha

STAFF USE ONLY: Circle the best discount option: Tier 1, Tier 2, Tier 3 / Time of Service Only / Honored Citizen
FPL % _____ / **Initial when complete:** FPL Field _____ / Patient Tier Flag _____ / Scanned documents _____



Campus Principal: 3025 SW Corbett Ave. Portland, OR 97201
NUNM Centro de Información: 503-552-1551

Date Completed: _____

MRN: _____

DOB: _____

Esta página está blanca intencionalmente.



Date Completed: _____

MRN: _____

DOB: _____

Campus Principal: 3025 SW Corbett Ave. Portland, OR 97201
NUNM Centro de Información: 503-552-1551

VERIFICACIÓN DE INGRESOS

Llene la información abajo solamente si no tiene otra manera de comprobar su ingreso. Toda la información tiene que estar llenada completamente; con las cajillas aplicables marcadas y preguntas contestadas. Si no llena la solicitud completamente, podrá resultar en que su solicitud sea rechazada.

- Actualmente estoy desempleado(a) y no tengo fuentes de ingreso.
- No tengo acceso fácil a mis talones de cheques o mi estado de cuenta.
- Estoy empleado por cuenta propia y tengo varias fuentes de ingreso.
- No declaro impuestos y no tengo una declaración de impuestos
- Hago trabajo que solamente paga en efectivo.
¿Cuál es o son la(s) fuente(s) de su ingreso?: _____
- Tengo una razón diferente- Por favor explique: _____

Solicitante/recipiente tiene que leer lo siguiente y firmar abajo:

Verifico 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 y es revaluada anualmente. Entiendo que oficiales del programa pueden verificar la información contenida en este formulario. También entiendo que si intencionalmente represento inadecuadamente mis ingresos actuales, tendría que reembolsar los beneficios recibidos y podría ser procesado bajo la Ley Estatal.

Firma del Solicitante

Fecha

STAFF USE ONLY: Circle the best discount option: Tier 1, Tier 2, Tier 3 / Time of Service Only / Honored Citizen
FPL % _____ / **Initial when complete:** FPL Field _____ / Patient Tier Flag _____ / Scanned documents _____



Campus Principal: 3025 SW Corbett Ave. Portland, OR 97201
NUNM Centro de Información: 503-552-1551

Date Completed: _____

MRN: _____

DOB: _____

Esta página está blanca intencionalmente.



Date Completed: _____

MRN: _____

DOB: _____

Campus Principal: 3025 SW Corbett Ave. Portland, OR 97201
NUNM Centro de Información: 503-552-1551

HISTORIAL DE SALUD PARA ADULTOS

Apellido Primer Nombre Medio Nombre Fecha de Nacimiento

¿Cuáles son las razones de su visita a nuestro Centro de Salud hoy?

Razón principal:

Segunda razón:

Razón adicional:

Razón adicional:

*Por favor tome en cuenta que tal vez no podremos abordar todas sus preocupaciones en solo una visita. Abordaremos sus preocupaciones con tiempo en orden de prioridad médica. Citas de seguimiento podrán ser necesarias para abordar preocupaciones adicionales.

¿Cuando empezaron los problemas?

¿Han sido tratadas estas condiciones por otro proveedor de salud en el pasado? Sí No

Si acaso sí, ¿Hace cuándo?: _____

¿Proveedor?: _____

¿Dónde?: _____

¿Es el problema es el resultado de un accidente de automóvil y/o de una herida en el trabajo? Sí No

Si acaso, sí, especifique cual condición está relacionada con ese accidenté/herida: _____

Alergias: ¿Tiene alergias a lo siguiente? *(Por favor elija todo lo aplicable)*

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

Date Completed: _____

MRN: _____

DOB: _____

Campus Principal: 3025 SW Corbett Ave. Portland, OR 97201
 NUNM Centro de Información: 503-552-1551

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

Nombre del Medicamento/Suplementos	Potencia	Frecuencia tomado y forma (oral, tópico, etc.)	¿Cuánto tiempo se lo ha tomado?

Condiciones Médicas: ¿Actualmente tiene un historial de lo siguiente? (Por favor elija todo lo aplicable)

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Trastorno Suprarrenal | <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Enfermedad inflamatoria intestinal |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus | <input type="checkbox"/> Síndrome del intestino irritable |
| <input type="checkbox"/> Ansiedad | <input type="checkbox"/> Problema digestivo | <input type="checkbox"/> Enfermedad de los riñones |
| <input type="checkbox"/> Artritis / Trastorno de las articulaciones | <input type="checkbox"/> Enfermedad del corazón | <input type="checkbox"/> Enfermedad del hígado |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Hiperlipidemia | <input type="checkbox"/> Apoplejía |
| <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Hipertensión | <input type="checkbox"/> Trastorno de la tiroides |
| <input type="checkbox"/> COPD | <input type="checkbox"/> Otro: _____ | |

Cirugías / Hospitalizaciones: ¿Ha tenido algunas de las siguientes cirugías? (Por favor elija todo lo aplicable e indique el año y mes, MM/AA)

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Apendectomía, Fecha: _____ | <input type="checkbox"/> Cesárea, Fecha: _____ | <input type="checkbox"/> Cirugía del pequeño intestino, Fecha: _____ |
| <input type="checkbox"/> Cirugía cerebral, Fecha: _____ | <input type="checkbox"/> Cirugía de los ojos, Fecha: _____ | <input type="checkbox"/> Cirugía de la Columna, Fecha: _____ |
| <input type="checkbox"/> Cirugía de los senos, Fecha: _____ | <input type="checkbox"/> Cirugía de Fractura, Fecha: _____ | <input type="checkbox"/> Amigdalotomía, Fecha: _____ |
| <input type="checkbox"/> CABG, Fecha: _____ | <input type="checkbox"/> Reparación de la hernia, Fecha: _____ | <input type="checkbox"/> Ligadura de trompas, Fecha: _____ |
| <input type="checkbox"/> Colectomía, Fecha: _____ | <input type="checkbox"/> Histerectomía, Fecha: _____ | <input type="checkbox"/> Reemplazo de la válvula, Fecha: _____ |
| <input type="checkbox"/> Cirugía de Colon, Fecha: _____ | <input type="checkbox"/> Reemplazo de articulaciones, Fecha: _____ | <input type="checkbox"/> Vasectomía, Fecha: _____ |
| <input type="checkbox"/> Cirugía cosmética, Fecha: _____ | <input type="checkbox"/> Cirugía de la próstata, Fecha: _____ | <input type="checkbox"/> Otra: _____, Fecha: _____ |

Campus Principal: 3025 SW Corbett Ave. Portland, OR 97201
 NUNM Centro de Información: 503-552-1551

¿Tiene implantes, articulaciones artificiales o discos, metal o algo que pueda impactar terapia o imágenes de radiografía? Sí No

Si acaso, Sí, por favor descríballo: _____

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

	Alcohol y Drogas Adicciones	Artritis	Asma	Cáncer	Problemas del Corazón	Depresión	Diabetes	Colesterol Alto	Alta Presión Arterial	Enfermedad de los Riñones	Enfermedad Mental	Derrame Cerebral	Problemas de la Vista	Gastrointestinal	Otro
Madre															
Padre															
Hermana															
Hermano															
Madre de la Madre															
Madre del Padre															
Padre de la Madre															
Padre del Padre															
Hermana de la Madre															
Hermano de la Madre															
Hermana del Padre															
Hermano del Padre															

Historial de Inmunizaciones: (Por favor elija todo lo aplicable)

¿Recibió sus vacunas durante su niñez? Sí No

¿Ha recibido un refuerzo del tétanos? Sí No

Si acaso Sí, ¿cuándo recibió el refuerzo? _____

¿Recibió una vacuna contra la influenza este año? Sí No

Si no la ha recibido, ¿quiere recibir una vacuna contra la influenza hoy día? Sí No

Historial Social: ¿Usa usted algunos de los siguientes productos de tabaco? (Por favor elija todo lo aplicable)

¿Usa productos de tabaco? Sí No

Historial de Fumar:

Actualmente fuma todos los días Actualmente fuma unos días

Fuma intensamente Fuma ligeramente

Exposición pasiva del humo – Nunca ha fumado

Fumaba antes

Nunca ha fumado

Otro: _____



Date Completed: _____

MRN: _____

DOB: _____

Campus Principal: 3025 SW Corbett Ave. Portland, OR 97201
NUNM Centro de Información: 503-552-1551

Tipo de Tabaco Usado: Cigarrillos Cigarro Pipa Rapé Mascar
 Otro: _____

Fecha que empezó: _____ Fecha que dejó: _____

Paquetes por día: _____ Años fumando: _____

¿Está interesado en aprender sobre opciones para dejar de fumar?: Sí No

Uso de Alcohol: (Por favor elija todo lo aplicable)

¿Usted bebe alcohol? Sí No

Si acaso sí, ¿cuantos de lo siguiente por semana?: ___ vasos de vino ___ latas de cerveza ___ tragos de licor

¿Usa actualmente algunas de las siguientes drogas recreativas o de la calle? (Por favor elija todo lo aplicable)

- Cigarrillos electrónicos
- Vaporizador de nicotina
- Marihuana
- Opioides
- Heroína
- Metanfetamina
- Anfetaminas
- PCP
- Éxtasis
- LSD
- Ketamina
- Mescalina
-
- Cocaína
- Crack
-
-
- Psilocibina/Psicodélicas
- Óxido nitroso
- Inhalantes solventes
- Barbitúricos
- Benzodiazepinas
- Intravenosa
- Otra: _____

Orientación Sexual e Identidad de Género: (Por favor elija todo lo aplicable)

Usted se identifica como: Lesbiana, gay o homosexual Heterosexual Bisexual
 Otra cosa: _____ No sé Elijo no contestar

¿Cuál es su identidad de género? (Por favor elija todo lo aplicable)

- Femenina
- Masculino
- Masculino-a-Femenina (MAF)/Hembra
- Femenina-a-Masculino (FAM)/Masculino
- Transgénero/Mujer Transgénero
- Transgénero/Hombre Transgénero
- Categoría de genero adicional / (O otro)
- Elijo no contestar

¿Qué sexo fue asignado al nacer? (Por favor elija todo lo aplicable)

- Femenina
- Masculino
- Desconocido
- No fue indicado en el certificado de nacimiento
- Elijo no contestar
- Inseguro

¿Es sexualmente activo(a)? Sí No No actualmente

¿Parejas? Femenina Masculino Otro: _____



Date Completed: _____

MRN: _____

DOB: _____

Campus Principal: 3025 SW Corbett Ave. Portland, OR 97201
 NUNM Centro de Información: 503-552-1551

¿Cuál es el método anticonceptivo que usa actualmente? (Por favor elija todo lo aplicable)

- | | | | |
|---|--|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Abstinencia | <input type="checkbox"/> Capuchón cervical | <input type="checkbox"/> Condón | <input type="checkbox"/> Diafragma |
| <input type="checkbox"/> Parche hormonal | <input type="checkbox"/> Implante | <input type="checkbox"/> Inyección | <input type="checkbox"/> Insertas |
| <input type="checkbox"/> IUD | <input type="checkbox"/> IUS | <input type="checkbox"/> Píldora | <input type="checkbox"/> Ritmo |
| <input type="checkbox"/> Espermicida | <input type="checkbox"/> Esponja | <input type="checkbox"/> Quirúrgico | <input type="checkbox"/> Anillo vaginal |
| <input type="checkbox"/> Coitus Interruptus | <input type="checkbox"/> Vasectomía | <input type="checkbox"/> Menopausia | <input type="checkbox"/> Ninguno |
| <input type="checkbox"/> Otro: _____ | | | |

PHQ-2: Durante las últimas 2 semanas, ¿con que frecuencia le ha molestado cualquiera de los siguientes problemas?

1. Poco placer o interés en hacer cosas	<input type="checkbox"/> casi todos los días <input type="checkbox"/> más de la mitad de los días	<input type="checkbox"/> varios días <input type="checkbox"/> para nada
2. Sintiéndose bajo, deprimido, o sin esperanzas	<input type="checkbox"/> casi todos los días <input type="checkbox"/> más de la mitad de los días	<input type="checkbox"/> varios días <input type="checkbox"/> para nada

Seguridad alimentaria: Por favor conteste las siguientes preguntas sobre su historial social:

Durante el año pasado, nos preocupábamos si nuestra comida se acabaría antes de que podríamos conseguir más.	<input type="checkbox"/> Verdad a menudo <input type="checkbox"/> Verdad a veces	<input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> No sé / Elijo no contestar
Durante el año pasado, la comida que comprábamos no nos duraba y no teníamos dinero para comprar más.	<input type="checkbox"/> Verdad a menudo <input type="checkbox"/> Verdad a veces	<input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> No sé / Elijo no contestar

Revisión de Sistemas: Por favor marque 'A' para cualquier síntoma actual (durante las últimas 2 semanas). Por favor marque "P" si no tiene los síntomas actualmente. Si usted ha tenido cualquiera de estos síntomas en el pasado, será capturado en las secciones del historial arriba.

Constitución

- | | | | | | | | | |
|--------|----------------------------|----------------------------|-----------|----------------------------|----------------------------|-----------------|----------------------------|----------------------------|
| Fiebre | <input type="checkbox"/> A | <input type="checkbox"/> P | Resfriado | <input type="checkbox"/> A | <input type="checkbox"/> P | Pérdida de peso | <input type="checkbox"/> A | <input type="checkbox"/> P |
| Fatiga | <input type="checkbox"/> A | <input type="checkbox"/> P | Sudor | <input type="checkbox"/> A | <input type="checkbox"/> P | Debilidad | <input type="checkbox"/> A | <input type="checkbox"/> P |

Piel

- | | | | | | | |
|------------|----------------------------|----------------------------|---------|----------------------------|----------------------------|-------------|
| Sarpullido | <input type="checkbox"/> A | <input type="checkbox"/> P | Comezón | <input type="checkbox"/> A | <input type="checkbox"/> P | Otro: _____ |
|------------|----------------------------|----------------------------|---------|----------------------------|----------------------------|-------------|

Cabeza, Oídos, Nariz, y Garganta

- | | | | | | | | | |
|------------------------|----------------------------|----------------------------|------------------|----------------------------|----------------------------|---------------|----------------------------|----------------------------|
| Pérdida de la audición | <input type="checkbox"/> A | <input type="checkbox"/> P | Zumbido de oídos | <input type="checkbox"/> A | <input type="checkbox"/> P | Dolor de oído | <input type="checkbox"/> A | <input type="checkbox"/> P |
|------------------------|----------------------------|----------------------------|------------------|----------------------------|----------------------------|---------------|----------------------------|----------------------------|



Date Completed: _____

MRN: _____

DOB: _____

Campus Principal: 3025 SW Corbett Ave. Portland, OR 97201
 NUNM Centro de Información: 503-552-1551

Secreción de oído	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> P	Sangra la nariz	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> P	Congestión	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> P
Dolor de sinusitis	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> P	Respiración ruidosa	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> P	Dolor de garganta	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> P

Revisión de Sistemas (continuado): Por favor marque 'A' para cualquier síntoma actual (durante las últimas 2 semanas). Por favor marque "P" si no tiene los síntomas actualmente. *Si usted ha tenido cualquiera de estos síntomas en el pasado, será capturado en las secciones del historial arriba.*

Ojos

Visión borrosa	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> P	Doble visión	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> P	Sensibilidad a la luz	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> P
Dolor de ojo	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> P	Secreción ocular	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> P	Enrojecimiento de los ojos	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> P

Cardiovascular

Dolor de pecho	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> P	Palpitaciones	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> P	Falta de aliento al acostarse	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> P
Calambres en las piernas / Claudicación	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> P	Hinchazón de la pierna	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> P	PND	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> P

Respiratorio

Toz	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> P	Tosiendo sangre	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> P	Producción de flema	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> P
Falta de aliento	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> P	Jadear	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> P			

Gastrointestinal

Acidez	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> P	Náusea	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> P	Vómito	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> P
Dolor abdominal	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> P	Diarrea	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> P	Constipación	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> P
Sangre en la heces	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> P	Heces negras	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> P			

Genitourinario

Dolor al orinar	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> P	Urgencia	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> P	Frecuencia	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> P
Sangre en la orina	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> P	Dolor lateral	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> P			

Sexo Masculino

Hernias	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> P	Masas testiculares	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> P	Dificultad sexual	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> P
---------	----------------------------	----------------------------	--------------------	----------------------------	----------------------------	-------------------	----------------------------	----------------------------



Date Completed: _____

MRN: _____

DOB: _____

Campus Principal: 3025 SW Corbett Ave. Portland, OR 97201
NUNM Centro de Información: 503-552-1551

Sexo Femenino

Edad de la primera menstruación	_____	Edad de la última menstruación	_____	Duración del ciclo	_____
Fecha del último examen anual	_____	Número de embarazos	_____	Número de nacimientos vivos	_____
Número de abortos naturales	_____	Número de abortos	_____		

Musculo esquelético

Dolor Muscular	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> P	Dolor del cuello	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> P	Dolor de espalda	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> P
Dolor de las articulaciones	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> P	Caídas	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> P			

Revisión de Sistemas (continuado): Por favor marque ‘A’ para cualquier síntoma actual (durante las últimas 2 semanas). Por favor marque “P” si no tiene los síntomas actualmente. *Si usted ha tenido cualquiera de estos síntomas en el pasado, será capturado en las secciones del historial arriba.*

Endocrino/Alergias

Sangra con facilidad o recibe moretones fácilmente	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> P	Alergias al medio ambientales	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> P	Sed Excesiva	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> P
--	----------------------------	----------------------------	-------------------------------	----------------------------	----------------------------	--------------	----------------------------	----------------------------

Neurológico

Mareos	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> P	Dolores de cabeza	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> P	Hormigueo	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> P
Temblor	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> P	Cambio sensorial	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> P	Cambios a la manera de hablar	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> P
Debilidad Focal	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> P	Convulsiones	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> P	Desmayos	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> P

Psiquiátrico

Depresión	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> P	Ideas de suicidio	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> P	Abuso de sustancias	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> P
Alucinaciones	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> P	Nervioso/ansioso	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> P	Insomnio	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> P
Perdida de la memoria	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> P						