



## ¡Bienvenido a la red de los Centros de Salud de la Universidad Nacional de Medicina Natural (NUNM)!

Nos comprometemos a honrar y mantener la confianza que les ha entregado a nuestros proveedores de cuidado de salud médico. Como paciente nuevo, recibirá servicios de cuidado de salud médico integrado de alta calidad. Usted y su salud están al centro de todo lo que hacemos. El cuidado y plan de tratamiento que nuestro equipo de estudiantes médicos y proveedores autorizados diseñan le ayudará a alcanzar y mantener sus metas de salud.

Por favor tome en cuenta los siguientes formularios dentro de este paquete:

- Registración para Pacientes Nuevos
- Historial de Salud Personal
- Consentimiento Informado y Solicitud para Recibir Cuidado
- Declaración de Responsabilidad Financiera
- Aviso de la Ley de Responsabilidad y Portabilidad de Seguro de Salud (HIPAA) y Prácticas de Privacidad, y Consentimiento
- Solicitud para el Programa de Cuidado Compasivo

### **Necesitará llenar estas formas y enviarlas por correo a nosotros antes de su cita.**

Asegúrese que todas las secciones estén completas, incluyendo firmas y envíe todo en el sobre pre-dirigido incluido en su paquete.

Cuando hayamos recibido sus formas completas, uno de nuestros representantes de servicios al paciente le llamara para hacer su primera cita.

**Llámenos si tiene cualquier pregunta. Para comunicarse con nuestro Centro de Información por favor marque al 503.552.1551.** Esperamos atender sus necesidades de cuidado de salud con respeto, compasión e integridad.

Sinceramente,

Renée (Rae) Wright  
Directora de Operaciones de los Centros de Salud

Ada Catanzarite  
Gerente de Servicios al Paciente y Extensión Comunitaria



Date Completed: \_\_\_\_\_

MRN: \_\_\_\_\_

DOB: \_\_\_\_\_

Campus Principal: 3025 S 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 S 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 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.**



Date Completed: \_\_\_\_\_

MRN: \_\_\_\_\_

DOB: \_\_\_\_\_

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

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

Campus Principal: 3025 S Corbett Ave. Portland, OR 97201

NUNM Centro de Información: 503-552-1551

- **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 S 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 S 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 adquirida 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 recolecta de cualquier cantidad debida en esta o subsiguiente 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, analices de laboratorio, y analices 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 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.





Date Completed: \_\_\_\_\_

MRN: \_\_\_\_\_

DOB: \_\_\_\_\_

Campus Principal: 3025 S Corbett Ave. Portland, OR 97201

NUNM Centro de Información: 503-552-1551

- 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 (EADADES 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 lay. 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 S Corbett Ave. Portland, OR 97201  
NUNM Centro de Información: 503-552-1551

**Aviso de Prácticas de Privacidad de 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 Universidad Nacional de Medicina Natural (NUNM) para operaciones de **tratamiento, pago y atención médica** según lo que exija la ley.

- NUNM ha publicado su Aviso de Prácticas de Privacidad en el sitio web de los Centros de Salud de NUNM, [www.numhealthcenters.com](http://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, aunque NUNM puede acceder a estas solicitudes, no está obligada por ley a hacerlo.
- NUNM forma parte de un convenio organizado de atención médica que incluye a participantes de la Red Comunitaria de Información de Salud de Oregon: OCHIN. Una lista actual de participantes de OCHIN está disponible en [www.ochin.org](http://www.ochin.org). Como socio comercial de NUNM, OCHIN proporciona tecnología de información y servicios relacionados a los Centros de Salud de NUNM y a otros participantes de OCHIN. OCHIN también se involucre en actividades de evaluación y mejoramiento de calidad en nombre de sus participantes. Por ejemplo, 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 historiales clínicos electrónicos. OCHIN también la ayuda a participantes a trabajar en colaboración para mejorar el manejo de referentes internos y externos de pacientes. Su información de salud podrá ser compartida por NUNM con otros participantes de OCHIN o un intercambio de información de salud solo cuando sea necesario para el tratamiento médico o para el propósito de las operaciones de atención médica del acuerdo organizado de atención médica. Operaciones de atención médica puede incluir, entre otras cosas, geocodificar la ubicación de su residencia para mejorar los beneficios clínicos que recibe. La información personal de salud puede incluir información médica del pasado, presente o del futuro tal como información resumida en las Reglas de Privacidad. La información, en la medida revelada, será revelada consistentemente con las Reglas de Privacidad y cualquier otra ley aplicable según modificada de vez en cuando. Tiene el derecho de cambiar de mente y retirar su consentimiento, sin embargo, la información podrá haber sido proporcionada tal como permitido por usted. Este consentimiento permanecerá en efecto hasta que usted lo revoque por escrito. Si es pedido, se le proporcionara una lista de entidades a quienes se les haya revelado su información.
- Soy consciente de que 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, 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

Nombre y Firma del Padre, Madre, Tutor Legal

Fecha



Date Completed: \_\_\_\_\_

MRN: \_\_\_\_\_

DOB: \_\_\_\_\_

Campus Principal: 3025 S 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 comunique 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 será 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 S 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 S 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 llena 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 S 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 S Corbett Ave. Portland, OR 97201

NUNM Centro de Información: 503-552-1551

¿Hay abuso en el colegio o en el hogar?  Sí  No

¿Tienes problemas con audición?  Sí  No

¿Fecha del último examen de audición (si aplicable)? \_\_\_\_\_

¿Tienes problemas para dormir?  Sí  No

¿Cuántas veces al día te lavas los dientes?: \_\_\_\_\_

¿Fecha del último examen dental (si aplicable)?: \_\_\_\_\_

¿Fecha del último examen de visión (si aplicable)?: \_\_\_\_\_

**Alergias:** ¿Tienes alergias a lo siguiente? *(Por favor elije 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: _____ |

**Medicamentos:** Escribe todos los medicamentos, medicamentos de venta libre, vitaminas, u otros suplementos que estés tomando:

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

**Condiciones Médicas:** ¿Actualmente tienes un historial de lo siguiente? *(Por favor elije 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:** ¿Has tenido algunas de las siguientes cirugías? *(Por favor elije todo lo aplicable e indica el año y mes, MM/AA)*

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Apendectomía, Fecha: _____ | <input type="checkbox"/> Cesárea, Fecha: _____ | <input type="checkbox"/> Cirugía del pequeño intestino, Fecha: _____ |
|---|--|--|





Date Completed: \_\_\_\_\_

MRN: \_\_\_\_\_

DOB: \_\_\_\_\_

Campus Principal: 3025 S Corbett Ave. Portland, OR 97201

NUNM Centro de Información: 503-552-1551

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <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"/> Colectectomía, 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: _____      | Otra: _____, Fecha: _____                                      |

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

Si acaso, Sí, por favor descríbalo: \_\_\_\_\_

**Historial Familiar:** ¿Tienes un historial de lo siguiente en tu familia? (Marca con "X" las cajas que apliquen para ti).

	Alcohol y Drogas	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 elije todo lo aplicable)

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Varicela, Fecha: _____  | <input type="checkbox"/> Sarampión, Fecha: _____ | <input type="checkbox"/> Hepatitis B, Fecha: _____ |
| <input type="checkbox"/> Rotavirus, Fecha: _____ | <input type="checkbox"/> Polio, Fecha: _____     | <input type="checkbox"/> Influenza, Fecha: _____   |
| <input type="checkbox"/> Hib, Fecha: _____       | <input type="checkbox"/> Neumococo, Fecha: _____ | <input type="checkbox"/> Rubéola Fecha: _____      |



Date Completed: \_\_\_\_\_

MRN: \_\_\_\_\_

DOB: \_\_\_\_\_

Campus Principal: 3025 S Corbett Ave. Portland, OR 97201

NUNM Centro de Información: 503-552-1551

- Meningococo, Fecha: \_\_\_\_\_
- Difteria, Tétanos, Tos ferina (DTaP/Tdap), Fecha: \_\_\_\_\_
- Hepatitis A, Completa, Fecha: \_\_\_\_\_
- Otro: \_\_\_\_\_, Fecha: \_\_\_\_\_
- Paperas, Fecha: \_\_\_\_\_
- HPV, Fecha: \_\_\_\_\_

**Historial Social:** ¿Usas algunos de los siguientes productos de tabaco? *(Por favor elije todo lo aplicable)*

¿Usas productos de tabaco?  Sí  No

**Historial de Fumar:**

- Actualmente fuma todos los días
- Actualmente fuma unos días
- Fumaba antes
- Fuma intensamente
- Fuma ligeramente
- Nunca ha fumado
- Exposición pasiva del humo – Nunca ha fumado
- Otro: \_\_\_\_\_

Tipo de Tabaco Usado:  Cigarrillos  Cigarro  Pipa  Rapé  Mascar  Otro: \_\_\_\_\_

Fecha que empezaste: \_\_\_\_\_ Fecha que dejaste: \_\_\_\_\_

Paquetes por día: \_\_\_\_ Años fumando: \_\_\_\_

¿Estas interesado(a) en aprender sobre opciones para dejar de fumar?:  Sí  No

**Uso de Alcohol:** *(Por favor elije todo lo aplicable)*

¿Bebes alcohol?  Sí  No

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

**¿Usas actualmente algunas de las siguientes drogas recreativas o de la calle?** *(Por favor elije todo lo aplicable)*

- Intravenosa
- Cocaína
- Crack
- Éxtasis
- Heroína
- LSD
- Marihuana
- Metanfetamina
- Anfetaminas
- Barbitúricos
- Benzodicepinas
- Hachís
- Ketamina
- Mescalina
- Estimulantes recetados
- Óxido nitroso
- Opioides
- PCP
- Psilocibina
- Inhalantes
- Cigarrillos electrónicos
- Vaporizador de nicotina
- Otra: \_\_\_\_\_

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

Te identificas como:  Lesbiana, gay o homosexual  Heterosexual  Bisexual  
 Otra cosa: \_\_\_\_\_  No sé  Elijo no contestar

¿Cuál es tu identidad de género? *(Por favor elije todo lo aplicable)*

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

¿Qué sexo fuiste asignado al nacer? *(Por favor elije todo lo aplicable)*

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



Date Completed: \_\_\_\_\_

MRN: \_\_\_\_\_

DOB: \_\_\_\_\_

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

¿Eres sexualmente activo(a)?  Sí  No  No actualmente  
 ¿Parejas?  Femenina  Masculino  Otro: \_\_\_\_\_

**¿Cuál es el método anticonceptivo que usas actualmente? (Por favor elije todo lo aplicable)**

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

**¿Han habido cambios grandes en la familia recientemente?: (Por favor elije todo lo aplicable)**

- Ninguno  Mudanza  Cambio de empleo  Separación  Divorcio  Muerte en la familia  
 Otro: \_\_\_\_\_

**PHQ-2: Durante las últimas 2 semanas, ¿con que frecuencia te 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. Sintiendo 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 marca 'A' para cualquier síntoma actual (durante las últimas 2 semanas). Por favor marca "P" si no tienes los síntomas actualmente. Si has tenido cualquiera de estos síntomas en el pasado, será capturado en las secciones del historial arriba.**

Constitución

Fiebre  A  P      Resfriado  A  P      Pérdida de peso  A  P  
 Fatiga  A  P      Sudor  A  P      Debilidad  A  P

Piel



Date Completed: \_\_\_\_\_

MRN: \_\_\_\_\_

DOB: \_\_\_\_\_

Campus Principal: 3025 S Corbett Ave. Portland, OR 97201

NUNM Centro de Información: 503-552-1551

Sarpullido  A  P Comezón  A  P Otro: \_\_\_\_\_

**Cabeza, Oídos, Nariz, y Garganta**

Pérdida de la audición  A  P Zumbido de oídos  A  P Dolor de oído  A  P

Secreción de oído  A  P Sangra la nariz  A  P Congestión  A  P  
 Dolor de sinusitis  A  P Respiración ruidosa  A  P Dolor de garganta  A  P

**Ojos**

Visión borrosa  A  P Doble visión  A  P Sensibilidad a la luz  A  P  
 Dolor de ojo  A  P Secreción ocular  A  P Enrojecimiento de los ojos  A  P

**Cardiovascular**

Dolor de pecho  A  P Palpitaciones  A  P Falta de aliento al acostarse  A  P

Calambres en las piernas / Claudicación  A  P Hinchazón de la pierna  A  P PND  A  P

**Respiratorio**

Toz  A  P Tosiendo sangre  A  P Producción de flema  A  P  
 Falta de aliento  A  P Jadear  A  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.

**Gastrointestinal**

Acidez  A  P Náusea  A  P Vómito  A  P  
 Dolor abdominal  A  P Diarrea  A  P Constipación  A  P  
 Sangre en la heces  A  P Heces negras  A  P

**Genitourinario**

Dolor al orinar  A  P Urgencia  A  P Frecuencia  A  P  
 Sangre en la orina  A  P Dolor lateral  A  P

**Sexo Masculino**

Hernias  A  P Masas testiculares  A  P

**Sexo Femenino**

Edad de la primera menstruación \_\_\_\_\_ Edad de la última menstruación \_\_\_\_\_ Duración del ciclo \_\_\_\_\_



Date Completed: \_\_\_\_\_

MRN: \_\_\_\_\_

DOB: \_\_\_\_\_

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

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			

**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	Otro:	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> P			