

RECONOCIMIENTO FINANCIERO

Por favor, lea detenidamente. Escriba sus iniciales, firme, escriba su nombre su nombre y la fecha. Gracias.

ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS

Me asigno todos los beneficios de pago por mi cuidado en la Universidad de Ciencias de la Salud Northwestern. Entiendo que este centro de atención médica será pagado directamente por la compañía de seguros u otro pagador. Esta asignación quedara en efecto hasta que sea revocada por mí por escrito. Una fotocopia de esta asignación se considera válida como la original.

GARANTÍA DE PAGO

Yo garantizo el pago de todos los gastos incurridos en mi tratamiento de acuerdo con las tarifas y los términos de este centro de atención médica.

POLÍZA DE CANCELACIÓN

Para mantener nuestra excelencia en servicio al cliente, nosotros tomamos en cuentas el tiempo del estudiante en prácticas y se requiere una notificación de cancelación de 24 horas para sus citas con nuestros estudiantes, acupuntura profesional, masaje, naturópatas, nutrición, y las citas de medicina oriental. Por favor notifique a la clínica dentro de las 24 horas para evitar un cargo de \$20 por la cita perdida..

FIRMA(PACIENTE|TUTOR)

NOMBRE

FECHAA

Para uso de oficina solamente

United Health Care	Medica	Preferred One	Landmark/CCMI (Health Partners, Cigna, Patient Choice)	Medicare	Medical Assistance	Select Care	BCBS	Other
<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		

Quiropráctico	Acupuntura	Practicante de Enfermería
<p>1. Deducible/co-seguro? _____</p> <p>2. Existe un co-pago? \$ _____</p> <p>3. Limitación de visitas o servicios? _____</p> <p><input type="checkbox"/> 992XX (Examinación)</p> <p><input type="checkbox"/> 97110 (Ejercicio terapéutico)</p> <p><input type="checkbox"/> 97112 (Re-educación Neuromuscular)</p> <p><input type="checkbox"/> MANIPULACION SPINAL EXTRA</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> LABORATORIO</p> <p><input type="checkbox"/> Ortesis _____ # por ano</p> <p><input type="checkbox"/> Ortesis SIN verificar</p> <p><input type="checkbox"/> Radiología no-vertebral</p> <p><input type="checkbox"/> Radiología-Vertebral</p> <p><input type="checkbox"/> STRAPPING</p> <p><input type="checkbox"/> 97010 (Caliente/Compresas frías)</p> <p><input type="checkbox"/> 97032 (EMS Asistido)</p> <p><input type="checkbox"/> 97035 (Ultrasonido)</p> <p><input type="checkbox"/> S8948 (laser frio)</p> <p><input type="checkbox"/> 97012 (Traccion mecanica)</p>	<p>1. Deducible/co-seguro? _____</p> <p>2. Co-pago? \$ _____</p> <p>3. Limitación de servicios o visitas? _____</p> <p>4. Autorización/Pre certificación necesaria? _____</p> <p><input type="checkbox"/> Beneficios de acupuntura sin verificar</p> <p><input type="checkbox"/> La acupuntura no es un beneficio en este plan</p>	<p>1. Deducible/co-seguro? _____</p> <p>2. Co-pago? \$ _____</p>

BASANDOSE EN LA INFORMACION PROPORCIONA POR EL PLAN DE SEGURO MEDICO, LOS SERVICIOS SELECCIONADOS NO SERAN CUBIERTOS



AVISO Y RECONOCIMIENTO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Y CONSENTIMIENTO

El programa de servicios de La Universidad De Ciencias De La Salud Northwestern (NWSU) está comprometido con la privacidad y la confidencialidad de información personal y de salud, la cual se nos ha confiado.

Las maneras en que utilizaremos su información de salud, se describe en el Aviso De Prácticas De Privacidad.

Derecho de limitar los usos de su información o divulgaciones: usted tiene el derecho de solicitar que nosotros no compartamos su información a ciertos individuos, compañías, y organizaciones. Si usted desea poner una restricción referente al uso de su información de salud, nosotros le proveeremos con la solicitud de Limitaciones De Uso Y Divulgaciones De Información De Salud Protegida

Su derecho de modificar su registro de paciente: Usted tiene el derecho de solicitar que modifiquemos la información en su historial médico. Si desea modificar información en su historial le proveeremos el formulario para Modificar Información De Salud Protegida

Su derecho a revocar su autorización: En cualquier momento usted puede revocar sus autorizaciones. En estos casos sus revocaciones tienen que ser por escrito. Nosotros no podemos honrar su revocación si ya hemos liberado su información antes de recibir su solicitud de revocación. Si usted fue tubo que autorizar su información para obtener seguro de salud, la compañía de seguro puede tener el derecho de obtener su información de salud si deciden impugnar cualquiera de sus reclamaciones.

USTED TIENE EL DERECHO DE NEGAR SU CONSENTIMIENTO PARA LA DIVULGACION DE SU INFORMACION PERSONAL DE SALUD. SIN SU CONSENTIMIENTO, EL SISTEMA DE LA CLINICA NWSU NO PODRA PRESENTAR RECLAMACIONES A LAS COMPANIAS DE SEGUROS O CUALQUIER OTRO PAGADOR TERCERO Y PUEDE QUE USTED NO SEAS ACEPTADO COMO CLIENTE O PACIENTE.

Iniciales aquí [] Yo reconozco haber recibido el aviso de prácticas de privacidad de *NWSU*

Al firmar abajo, yo doy consentimiento a los trabajadores de las clínicas de NWSU, de usar o revelar mi información de salud personal como se ha señalado el aviso de prácticas de privacidad.

Nombre

Representante proveedor autorizado

Firma

Fecha

Fecha



Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

(APELLIDO, NOMBRE, INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE)

Nombre del Tutor del Paciente (si es aplicable) _____

Dirección: _____

Numero de Teléfono: _____ Correo Electrónico: _____ Sexo: F / M

Medico de Cabecera y/o Clínica: _____

Por favor díganos quien la refirió para poder agradecerle:

Medico: _____ Otro (Amigo/familiar/paciente): _____

Estado Civil?(Por favor marque su estado actual)

- Soltero
- Casado
- Viviendo en Pareja
- Divorciado/Separado
- Viudo

Esta aquí por:

- Accidente de Carro
- Compensación de trabajador

Cuál es su Raza?

(Definición por el gobierno federal; por favor elija

- uno) Asiático o de las islas del pacifico
- Afroamericano
- Hispano
- Indio Americano o Nativo de Alaska
- Blanco
- Otro _____

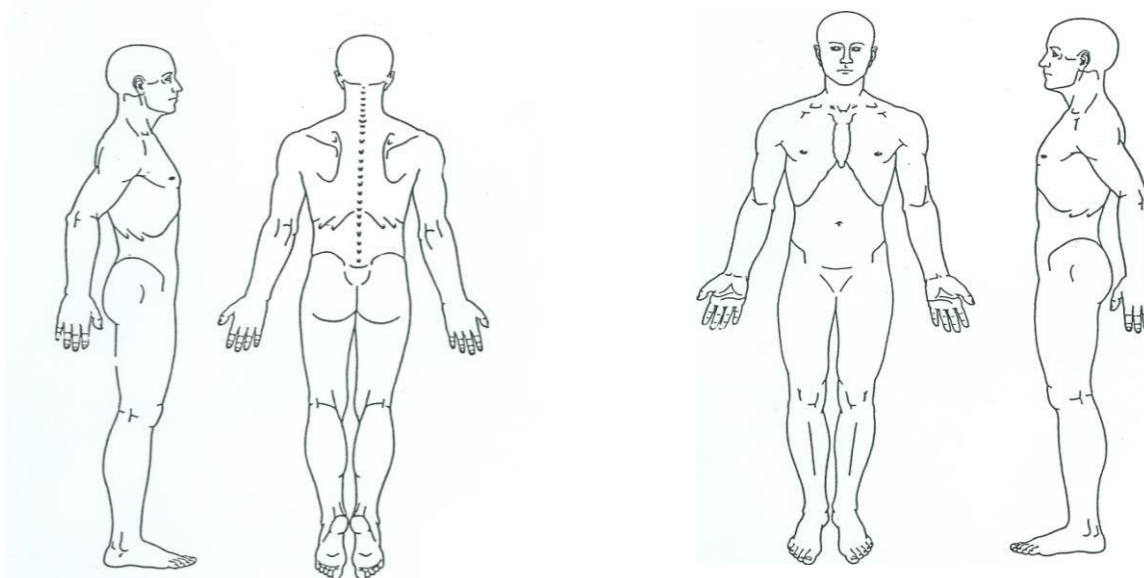
Cuál es la razón de su visita el día de hoy? _____

Ocurrió un evento que ocasiono su visita? _____

Por cuanto tiempo ha tenido este problema? _____

Que es lo que usted quiere obtener con el tratamiento? _____

Por favor indique en qué lugar tiene dolor u otros síntomas:



ENTUMECIMIENTO
=====

HORMIGUEO
00000

ARDOR
XXXXX

PUNZANTE
/////

DOLORES
+++++

OTRO

Por favor describa traumas significantes o lesiones que haya sufrido: _____

Firma del Paciente/Tutor _____ Fecha _____

REVISIÓN DE SISTEMAS

Por favor marque la casilla "**Actual**" para todas las condiciones que ahora está experimentando y marcar la casilla de "**Pasado**" para cualquier condición o síntoma (s) experimentado previamente. Por favor, no escriba en los espacios marcados "**Notas para médicos solamente**"

	Actual	Pasado	Notas del médico Solamente favor de no escribir en este espacio		Actual	Pasado	Notas del médico Solamente favor de no escribir en este espacio
GENERAL				PULMONES			
Fiebre				Respiración Dificultosa			
Sudores				Asma			
Escalofríos				Neumonía			
Fatiga				Sibilancias			
Gano/Perdió Peso				Tos Persistente			
Alteración de Sueno				Tos con Flema			
Cambios de Rutina				Tos con sangre			
CABEZA				Tuberculosis			
Dolor de Cabeza				CARDIOVASCULAR			
Mareos				Dolor de Pecho			
Trauma en la Cabeza				Palpitaciones			
Desmayos				Hinchazón de los Tobillos			
Perder el Conocimiento				Pies o Manos Fríos/Calientes			
OJOS				Descoloración Pies/Manos			
Cambios de Visión				Calambres de Piernas/Pantorrillas			
Gafas/Contactos				Venas Varicosas			
Visión Borrosa/Doble				Presión Baja/Alta			
Cataratas				SISTEMA GASTROINTESTINAL			
Sensible a la luz				Gas			
Parpadeos				Acidez/Indigestión			
Manchas en la Visión				Ulceras			
OREJAS				Vomito/Nausea			
Zumbido en los Oídos				Dolor Abdominal			
Infecciones Frecuentes				Diarrea/constipación			
Perdida de Audición				Sangre en las Heces			
Drenaje				Hemorroides			
Dolor de Oído				Enfermedad de la Vesícula biliar			
NARIZ				Enfermedad Del Hígado			
Goteo Nasal				Colonoscopia			
Hemorragias Nasales				SISTEMA GENITOURINARIO			
Problemas de Sinusitis				Dificultad Para Orinar			
BOCA				Dolor al Orinar			
Sangrado de Encías				Sangre en la Orina			
Herpes Labial				Incontinencia			
Dentadura Postiza				Mal Olor de la Orina			
Dificultad al Tragar				Aumento/Disminución de Orina			
Dolor de Garganta				Infección Urinaria			
Dolor de Mandíbula				Infección Genital			
Cambios en el Gusto				Cálculos renales			
Hinchazón				Ultimo Examen de Próstata (Hombres) _____			
Ronquera				Ultimo APE (Hombres) _____			
Ultima Cita Dental _____				Ultimo Examen Testicular (Hombres)_____			
HISTORIAL MEDICO				MEDICAMENTOS			
Abuso de Sustancias				Medicamento Recetados			(favor de traer)
Hospitalizaciones				Medicamentos de Venta Libre			(favor de traer)
Atención Psiquiátrica				Vitaminas			(favor de traer)
Cirugías _____				Hierbas			
Ultima Radiografía de Tórax (si es mayor de 55años) _				Alergias a Medicamentos _____			

	Actual	Pasado	Notas del médico Solamente favor de no escribir en este espacio		Actual	Pasado	Notas del médico Solamente favor de no escribir en este espacio
PSICOLOGICO				CUELLO			
Stress Excesivo				Masas			
Depresión				Hinchazón			
Ansiedad				Rigidez			
Cambios de Humor				SOCIAL			
PIEL				Consume alcohol			
Erupciones				Consume cafeína			
Hematomas				Tabaco			
Pérdida de Cabello				Drogas Recreacionales			
Unas Quebradizas				Ejercicio	S	N	
Cambios en Lunares				Se siente seguro en casa	S	N	
Picazón/Descamación				Armas de Fuego en Casa	S	N	
NEUROLOGICO				Utiliza Cinturón de Seguridad	S	N	
Convulsiones/Epilepsia				MDT Mientras Conduce	S	N	
Derrame Cerebral				Aficiones _____			
Hormigueo/Entumecimiento				Toma _____ Vasos de Agua/Al Día			
Debilidad				Duerme _____ horas/por noche			
Dificultad para Caminar				Ocupación _____			
Coordinación Pobre				Ginecología (Mujeres)			
MUSCULOS/HUESOS				Embarazo			
Osteoporosis				Cáncer de Seno			
Dolor en las Articulaciones				Tumores en los senos			
Rigidez				Secreción de Pezón			
Dolor Muscular				SPM			
Artritis				Periodos Irregulares			
Deformidades				Sofocos			
Dolor de Hueso				Menopausia			
Dislocaciones				Calambres Menstruales			
Fracturas (Por favor Enumere):				Su Primer Periodo/Edad _____			
LABORATORIO				Ultimo examen de Seno _____			
Glucosa en la Sangre en Ayunas _____ (Fecha)				Última Prueba de Papanicolaou _____			
Colesterol _____ (Fecha)				Ultima Mamografía _____			
Vacunas (edad >60 y/o)				ANTECEDENTES MEDICOS			
Gripe				Alergias			
Varicela				Hipertensión			
Neumonía				Diabetes			
Tétanos				Cáncer/Tumores			
HISTORIAL FAMILIAR (Miembros de Familia Inmediata)				Anemia			
Cáncer				Otro _____			
Alcoholismo							
Depresión							
Epilepsia							
Enfermedad de Alzheimer							
Enfermedad del Corazón							
Otro _____							
<p>Nombre del Paciente _____ Fecha _____</p> <p>Firma del Paciente _____</p> <p>Nombre del Medico _____</p>							

Nombre _____

Fecha: _____

Área del Cuerpo:

¿Cuál fue el nivel de su dolor durante la última semana? Si no tiene dolor por favor marque cero. (Círculo sólo un número)

Are you in pain? (¿Tiene Dolor?)



0
very happy,
no pain
(Muy feliz
Sin dolor)



1 - 2
hurts just
a little bit
(Duele un
poquito)



3 - 4
hurts a
little more
(Duele un
poco más)



5 - 6
hurts even
more
(Duele
aún más)



7 - 8
hurts a
whole lot
(Duele
mucho)



9 - 10
hurts as much
as possible
(Duele tanto como
pueda imaginar)