

Historia Familia Llena la información de salud acerca de su familia.

Relación	Edad	Estado de salud	Edad al morir	Causa de muerte	Marque (✓) si sus parientes de sangre tenían cualquiera de las siguientes enfermedades:	
					Enfermedad	Relación con Ud.
Padre					Artritis, Gota	
Madre					Asma, Fiebre del heno	
Hermanos					Cáncer	
					Dependencia de sustancias químicas	
					Diabetes	
					Enfermedad del corazón, Ataques	
Hermanas					Alta presión	
					Enfermedad del riñón	
					Tuberculosis	
					Otra:	

Hospitalizaciones

Año	Hospital	Razón por hospitalizaciones y resultado

Otra Historia

¿Alguna vez ha tenido una transfusión de sangre? Sí No

Si sí, por favor denos fechas aproximadas: _____

¿Alguna vez ha hecho la prueba del VIH? Sí No

Por favor, liste las vacunas que ha tenido:

Ocupacional

Marque (✓) si su trabajo le expone a:

<input type="checkbox"/>	Estrés	<input type="checkbox"/>	Sustancias peligrosas
<input type="checkbox"/>	Levantar objetos pesados	<input type="checkbox"/>	Otro:

Ocupación:

Embarazos

Año de nacimiento	Sexo	Complicaciones, si habían

Hábitos de Salud

(✓)		?Cuanto?
<input type="checkbox"/>	Cafeína	
<input type="checkbox"/>	Tabaco	
<input type="checkbox"/>	Drogas de la calle	
<input type="checkbox"/>	Otro	

¿Tiene interés en recibir servicios de cesación del hábito de fumar hoy?

Sí

No

Síntomas Marque (✓) los síntomas que Ud. tiene actualmente o ha tenido en el pasado.

GENERAL

- Fiebre
- Escalofríos
- Dolor de cabeza
- Herida a la cabeza
- Migraña
- Mandíbula/TMJ problemas
- Perdida del cabello
- Mareos
- Olvido
- Perdida del sueño
- Perdida
- Sudores
- OJO, OIDO, NARIZ, GARGANTA**
- Tos persistente
- Labios/lengua doloridos
- Dolor de garganta frecuente
- Vista doble
- Vista nublada
- Ojos cruzados
- Dificultad con tragar
- Visión – Parpadea
- Visión – Halos
- Dolor de los ojos
- Puntos en la visión
- La Catarata
- Glaucoma
- Daltónico
- Gafas/lentes
- Lagrimeo/sequedad
- Dolor del oído
- Flujo de oído
- Silbido en el oído
- Perdida del oído
- Discapacidad auditiva
- Sangrar por la nariz
- Nariz tapada
- Perdida de olor
- Resfriados frecuentes
- Ronquera
- Sangrar de encías
- Clic de la mandíbula
- Problemas de las encías
- Cavidades
- Problemas del seno

CUELLO

- Masas
- Bocio
- Glándulas inflamadas
- Dolor/rigidez
- LA PIEL**
- Amoratarse fácilmente

- Urticaria
- Acné/forúnculos
- Comezón
- Cambio en lunar
- Sarpullido
- Cicatrices
- Llagas que no se cura

- Eczema/Psoriasis

- Cambios de color
- Masas

CARDIOVASCULAR

- Venas varicosas
- Dolor de pecho
- Presión alta
- Latidos cardiacos irregulares
- Pulso irregular
- Mala circulación
- Hinchazón de tobillos
- Angina
- Soplo
- Enfermedad cardiaca
- Coágulos de sangre
- Fiebre Reumática

MUSCULO/ESQUELETO

- Manos/pies fríos
- Dolor o debilidad en:
 - Espalda
 - Cuello
 - Brazos
 - Caderas
 - Piernas
 - Pies
- Artritis
- Espasmos musculares
- Huesos Rotos
- Ciática

RESPIRATORIAS

- Asma
- Tos
- Espujo
- Pleuresía
- Sibilancias
- Bronquitis
- Neumonía
- Enfisema
- Tuberculosis
- Escupir sangre
- Dificultad para respirar
- Dolor con la respiración

GASTROINTESTINAL

- Enfermedad de la vesícula biliar
- Inapetencia
- Hinchazón
- Cambios intestinales
- Estreñimiento
- Diarrea
- Hambre excesiva
- Sed excesiva
- Gas
- Hemorroides
- Indigestión
- Nausea
- Sangrado rectal
- Dolor del estomago
- Vómitos
- Vómitos con sangre
- Ulceras
- Ictericia
- Acidez estomacal
- Enfermedad hepática
- Manos
- Hombros
- Dolor abdominal
- Heces negras

EMOCIONALES

- Cambios de humor
- Nerviosismo
- Tensión/estrés
- Ansiedad
- Depresión

ENDOCRINO

- Intolerancia al frío
- Hipotiroidismo
- Hipotiroidismo
- Intolerancia al calor

NEUROLOGICO

- Desmayos
- Convulsiones
- Entumecimiento/hormigueo
- Debilidad muscular
- Pérdida de memoria

- Parálisis

URINARIO

- Frecuencia en la noche
- Micción dolorosa
- Incontinencia
- Cálculos renales
- Infecciones frecuentes

REPRODUCTIVO Por favor llene la informacion apropiada para su cuerpo.

- Sensibilidad mamaria
- Bulto mamario
- Endometriosis
- Síntomas menopaúsicos
- Hernia
- Dolor testicular
- Bulto testicular
- Manchado
- Ulceras genitales
- Menses dolorosas/pesadas
- Preocupaciones con la Función sexual
- Preocupaciones con fertilidad
- Historia de STIs
- Quistes ováricos/uterinos
- Bochornos
- Secreción anormal
- Edad de 1 menses _____
- Duración del ciclo _____
- Fecha del último examen pélvico _____
- Edad del ultimo menses _____

¿Esta sexualmente activo? Si/No
 ¿Usa anticonceptivos? Si/No Tipo _____

¿Hay algo más que te gustaría que sepamos para servirte mejor? _____

Condiciones Marque (✓) las condiciones que Ud. tiene actualmente o ha tenido en el pasado.

- | | | | |
|---|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> SIDA | <input type="checkbox"/> Infecciones vaginales | <input type="checkbox"/> Colesterol alto | <input type="checkbox"/> Neumonía |
| <input type="checkbox"/> Alcoholismo | <input type="checkbox"/> Dependencia de productos químicos | <input type="checkbox"/> VIH positivo | <input type="checkbox"/> Poliomiелitis |
| <input type="checkbox"/> Anorexia | <input type="checkbox"/> Varicela | <input type="checkbox"/> Enfermedad renal | <input type="checkbox"/> Atención psiquiátrica |
| <input type="checkbox"/> Apendicitis | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Enfermedad hepática | <input type="checkbox"/> Fiebre reumática |
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Enfisema | <input type="checkbox"/> Sarampión | <input type="checkbox"/> Fiebre escarlata |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Epilepsia | <input type="checkbox"/> Migrañas | <input type="checkbox"/> ITS |
| <input type="checkbox"/> Trastornos de sangre | <input type="checkbox"/> Glaucoma | <input type="checkbox"/> Aborto espontáneo | <input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular |
| <input type="checkbox"/> Bulto mamario | <input type="checkbox"/> Bocio | <input type="checkbox"/> Mononucleosis | <input type="checkbox"/> Intento de suicidio |
| <input type="checkbox"/> Bronquitis | <input type="checkbox"/> Gonorrea | <input type="checkbox"/> Esclerosis Múltiple | <input type="checkbox"/> Problemas de la tiroides |
| <input type="checkbox"/> Bulimia | <input type="checkbox"/> Gota | <input type="checkbox"/> Paperas | <input type="checkbox"/> Amigdalitis |
| <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca | <input type="checkbox"/> Marcapasos | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> Cataratas | <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Úlceras | <input type="checkbox"/> Fiebre tifoidea |

Medications List medications and supplements you are currently taking.

Alergias

Farmacia preferida _____

Medico de cabecera _____

Consentimiento de Tratamiento

Yo entiendo que mi cuidado como paciente en Mercy & Wisdom Community Health Clinic (MWCHC) es dirigido y supervisado por doctores y acupunturistas licenciados y otros profesionales licenciados. Yo consiento a los servicios rendidos a mi bajo las instrucciones de estos profesionales asistiendo en mi cuidado, al igual que los doctores voluntarios que podrían ser llamados por razones de la consulta.

Yo reconozco que MWCHC es un instituto de aprendizaje, yo acepto que las personas que son estudiantes y doctores residentes pueden participar en mi cuidado como parte del programa educativo de la institución, yo podre ser contactado por los doctores de MWCHC para ser voluntario y participar en proyectos de investigación de la clínica. Yo de tal manera, tengo derecho a oponer o rechazar estos programas sin poner en riesgo mi cuidado en el futuro en MWCHC en cualquier modo.

He leído y comprendo completamente los anteriores acuerdos y autorizaciones.

Firma del paciente

Fecha

Firma del padre o de persona responsable

Fecha

HIPAA Aviso de Practicas de Privacidad y el Consentimiento

Yo doy mi consentimiento para el uso y la revelación de mi información de salud protegida por MWCHC para el uso del tratamiento, pago, y operación de atención médica, como lo requiera la ley.

- MWCHC ha publicado su Aviso de Practicas de Privacidad que proporciona más detalles de información del uso y revelación de mi información médica protegida. Tengo derecho de repasar el Aviso antes de firmar este consentimiento y recibir una copia impresa del aviso.
- Tengo el derecho de solicitar restricciones para el uso y revelación de mi información médica protegida.
- Tengo el derecho de solicitar un alternativo con el método estándar de comunicación de mi información médica protegida.
- Tengo el derecho de revocar este consentimiento en escrito, en cualquier momento. Revocaciones serán honorados a partir de la fecha en que se recibió por MWCHC en la siguiente dirección: 7411 SE Powell Blvd, Portland, Oregon, 97206
- Entiendo que mientras MWCHC puede honrar a esta petición, no están obligados por ley a hacerlo.
- Soy consciente de que MWCHC se reserve el derecho de cambiar los términos de su Aviso de Practicas de Privacidad y a efectuar una nueva notificación de Practicas de Privacidad disposiciones eficaces para toda la información medica protegida que sostienen, en el caso de las enmiendas, MWCHC pondrá a su disposición un aviso revisado de Practicas de Privacidad para mi critica.

Declaración de Responsabilidad Financiera

Entiendo y estoy de acuerdo con lo siguiente:

- El pago de los servicios es mi responsabilidad como paciente o como la persona responsable del paciente.
- Soy responsable por el pago de todos los servicios, incluyendo las pruebas de laboratorio, emitido en el momento de servicio.
- Como pagara por su visita hoy? Por favor marque:

Cheque

Efectivo

Tarjeta de Débito/Crédito

- Se estoy recibiendo un descuento de cualquier tipo, yo soy el responsable de proporcionar información precisa y exhaustiva documentación justificativa, y soy el responsable de pagar en su totalidad en el momento de servicio.
- Si alguien que no sea el paciente es responsable del pago, por favor complete lo siguiente:

Nombre de la persona responsable (si es distinta del paciente):

Relación con el paciente: _____ No. de Teléfono: _____

Reconozco que soy financieramente responsable de todos los cargos, si llega a ser necesario llevar a cabo de las colecciones de cualquier cantidad adeudada en esta vista o posterior, el abajo firmante se compromete a pagar todos los costos y gastos, incluyendo honorarios razonables de abogados.

Firma

Fecha

Procedimiento de Facturación de Seguros

Si estoy seguro de facturación por los servicios prestados, comprendo y estoy de acuerdo con lo siguiente:

- Debo presentar facturas de MWCHC a mi compañía de seguros para reembolso.
- Yo autorizo a MWCHC para liberar los registros médicos pertinentes relacionadas con la facturación. Esta versión se aplica a apoyar el proceso de facturación de seguros solamente.
- Yo soy responsable por cualesquiera y todos los cargos en el tiempo de servicios.

Método Alternativo de Solicitud de Comunicación:

Como cortesía, es política de MWCHC de llamar a su casa el día antes de su cita para recordarle de su cita. Es posible que le dejemos un recordatorio en su buzón de voz o con una persona. No información personal de salud será revelada.

- Estoy de acuerdo con el método estándar de MWCHC de comunicación.
- Por favor, cambie de la siguiente manera: _____
- Póngase en contacto conmigo en el siguiente número de teléfono: _____
- Prefiero no recibir recordatorios.

Se requiere un mínimo de 24 horas de anticipación para cancelar su cita.

Firma del paciente o responsable

Fecha



MERCY & WISDOM COMMUNITY HEALTH CLINIC

*A 501(c)3, non-profit, organization
Tel: (503) 227-1222 Fax: (503) 227-1555
7411 SE Powell Blvd.
Portland, OR 97266*

LA POLITICA DE CANCELACION/NO SHOW

Una relacion medico-paciente se basa en la confianza mutua y el respeto. Como tal, esforzarse para ser puntual para sus citas programadas y le pedimos que usted no de la cortesia de una llamada cuando usted es incapaz de mantener su cita. Entendemos que hay momentos en que usted debe perder una cita debio a emergencias u obligaciones por trabajo o familia. Sin embargo, cuando usted no llama para cancelar una cita, puede estar evitando que otro paciente tenga un tratamiento muy necesario. Si es necesario cancelar o reprogramar su cita, requerimos que no notifique por lo menos 24 horas de antelación.

1. Primera cita perdida: le llamaremos y le ofrecemos para reprogramar su cita.
Se le cobrara una tarifa de cita perdida de \$20.
2. Segunda cita perdida: le llamaremos y le ofrecemos para reprogramar su cita.
**Se le cobrara la tarifa complete de su cita programada.*

Si llegas tarde para la cita programada

Si llegas más de 15 minutos tarde para su cita, tendrá que reprogramar. Si no hay nadie esperando, será hasta la discreción al médico si te puede ver.

Cuenta saldos

Requerimos que los pacientes con saldos pendientes paguen su cuenta complete antes de recibir otros servicios por nuestra clínica.

Para cancelar las citas dentro de las 24 horas de su cita, por favor llama (503) 227-1222 o manda un email a contact@mercyandwisdom.org. Gracias para su comprensión y cooperación.

* Los saldos para citas perdidas no serán cubiertos por su seguro.

He leído y cumpliré con la politica de cancelación/no show.

Nombre _____

Firma _____

Fecha _____