



7411 SE Powell Blvd. Portland, Oregon 97206
Tel: (503) 227-1222 Fax: (503) 227-1555
Online: www.mercyandwisdom.org
501(c)(3) Tax ID #76-0767257

HISTORIA DE SALUD DEL PACIENTE/INFORMACION DEMOGRAFICA

Todos los datos demográficos se mantienen confidenciales y son utilizados únicamente por fines estadísticos. Esta información es necesaria para que podamos acceder las subvenciones, donaciones, y otros programas de asistencia que son vitales para la continuación de nuestra clínica. Su participación no es obligatoria; sin embargo, es muy apreciada.

Nombre del paciente: _____	Nombre _____	Segundo Nombre _____	Apellido(s) _____
Dirección: _____	Ciudad: _____	Estado: _____	
Código Postal: _____	Número de teléfono: (_____) _____	Email: _____	
Fecha de nacimiento: _____	Género:	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> MTF <input type="checkbox"/> FTM <input type="checkbox"/> Non Binary	

SEGURO MEDICO: Medicaid/ OHP Seguro privado Nada seguro PPC

RAZA (Marque uno o más)			
Negro/Afroamericano	Asiático	Blanco/Caucásico	Otra
Hawaiano/de Islas del Pacifico	Hispano/Latino	Amerindio/Indígena de Alaska	

Estado Migratorio: Si No

Idioma Principal: _____ Interpretación Solicitada: Si No

Empleador: _____ Ocupación: _____

ESTADO CIVIL: Soltero/a Casado/a Juntado/a Separado/a Divorciado/a

INGRESOS DEL HOGAR: *El ingreso total que la apoya a sí mismo, a su cónyuge o pareja, y a sus dependientes. Un dependiente es una persona de 18 años o menos para quien Ud. proporciona un 50% o más del total de la ayuda financiera. Ingresos si incluyen SSI y las prestaciones por desempleo.*

Ingresos brutos mensuales: Menos que \$2,000/mes Menos que \$2,000/mes

(Si aplica) Número de dependientes: _____

Ingresos mensuales de cónyuge/pareja: _____

CONTACTO DE EMERGENCIA: _____ Relación: _____
Nombre _____

Número de teléfono: (_____) _____

We require at least 24 hours advance notice for cancelling appointments.

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		
					Alta presión		
Hermanas					Enfermedad del riñón		
					Tuberculosis		
					Otra:		

Hospitalizaciones

Ano	Hospital	Razón por hospitalizaciones y resultado

Embarazos

Ano de nacimiento	Sexo	Complicaciones, si habían

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:

Hábitos de Salud

(✓)		?Cuanto?
	Cafeína	
	Tabaco	
	Drogas de la calle	
	Otro	

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

 Sí No**Ocupacional**

Marque (✓) si su trabajo le expone a:

Estrés	Sustancias peligrosas
Levantar objetos pesados	Otro:

Ocupación:

Síntomas	Marque (✓) los síntomas que Ud. tiene actualmente o ha tenido en el pasado.		
GENERAL	CUELLO	RESPIRATORIAS	EMOCIONALES
<input type="checkbox"/> Fiebre <input type="checkbox"/> Escalofríos <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza <input type="checkbox"/> Herida a la cabeza <input type="checkbox"/> Migraña <input type="checkbox"/> Mandíbula/TMJ problemas <input type="checkbox"/> Perdida del cabello <input type="checkbox"/> Mareos <input type="checkbox"/> Olvido <input type="checkbox"/> Perdida del sueño <input type="checkbox"/> Perdida <input type="checkbox"/> Sudores	<input type="checkbox"/> Masas <input type="checkbox"/> Bocio <input type="checkbox"/> Glándulas inflamadas <input type="checkbox"/> Dolor/rigidez LA PIEL <input type="checkbox"/> Amoratarse fácilmente <input type="checkbox"/> Urticaria <input type="checkbox"/> Acné/forúnculos <input type="checkbox"/> Comezón <input type="checkbox"/> Cambio en lunar <input type="checkbox"/> Sarpullido <input type="checkbox"/> Cicatrices <input type="checkbox"/> Llaga que no se cura <input type="checkbox"/> Eczema/Psoriasis <input type="checkbox"/> Cambios de color <input type="checkbox"/> Masas	<input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Tos <input type="checkbox"/> Espuma <input type="checkbox"/> Pleuresía <input type="checkbox"/> Sibilancias <input type="checkbox"/> Bronquitis <input type="checkbox"/> Neumonía <input type="checkbox"/> Enfisema <input type="checkbox"/> Tuberculosis <input type="checkbox"/> Escupir sangre <input type="checkbox"/> Dificultad para respirar <input type="checkbox"/> Dolor con la respiración	<input type="checkbox"/> Cambios de humor <input type="checkbox"/> Nerviosismo <input type="checkbox"/> Tensión/estrés <input type="checkbox"/> Ansiedad <input type="checkbox"/> Depresión ENDOCRINO <input type="checkbox"/> Intolerancia al frío <input type="checkbox"/> Hipotiroidismo <input type="checkbox"/> Hipotiroidismo <input type="checkbox"/> Intolerancia al calor NEUROLOGICO <input type="checkbox"/> Desmayos <input type="checkbox"/> Convulsiones
OJO, OIDO, NARIZ, GARGANTA		GASTROINTESTINAL	
<input type="checkbox"/> Tos persistente <input type="checkbox"/> Labios/lengua doloridos <input type="checkbox"/> Dolor de garganta frecuente <input type="checkbox"/> Vista doble <input type="checkbox"/> Vista nublada <input type="checkbox"/> Ojos cruzados <input type="checkbox"/> Dificultad con tragar <input type="checkbox"/> Visión – Parpadea <input type="checkbox"/> Visión – Halos <input type="checkbox"/> Dolor de los ojos <input type="checkbox"/> Puntos en la visión <input type="checkbox"/> La Catarata <input type="checkbox"/> Glaucoma <input type="checkbox"/> Daltónico <input type="checkbox"/> Gafas/lentes <input type="checkbox"/> Lagrimeo/sequedad <input type="checkbox"/> Dolor del oído <input type="checkbox"/> Flujo de oído <input type="checkbox"/> Silbido en el oído <input type="checkbox"/> Perdida del oído <input type="checkbox"/> Discapacidad auditiva <input type="checkbox"/> Sangrar por la nariz <input type="checkbox"/> Nariz tapada <input type="checkbox"/> Perdida de olor		<input type="checkbox"/> Enfermedad de la vesícula biliar <input type="checkbox"/> Inapetencia <input type="checkbox"/> Hinchazón <input type="checkbox"/> Cambios intestinales <input type="checkbox"/> Estreñimiento <input type="checkbox"/> Diarrea <input type="checkbox"/> Hambre excesiva <input type="checkbox"/> Sed excesiva <input type="checkbox"/> Gas <input type="checkbox"/> Hemorroides <input type="checkbox"/> Indigestión <input type="checkbox"/> Nausea <input type="checkbox"/> Sangrado rectal <input type="checkbox"/> Dolor del estomago <input type="checkbox"/> Vómitos <input type="checkbox"/> Vómitos con sangre <input type="checkbox"/> Ulceras <input type="checkbox"/> Ictericia <input type="checkbox"/> Acidez estomacal <input type="checkbox"/> Enfermedad hepática <input type="checkbox"/> Manos <input type="checkbox"/> Hombros <input type="checkbox"/> Dolor abdominal <input type="checkbox"/> Heces negras	<input type="checkbox"/> Entumecimiento/hormigueo <input type="checkbox"/> Debilidad muscular <input type="checkbox"/> Pérdida de memoria <input type="checkbox"/> Parálisis URINARIO <input type="checkbox"/> Frecuencia en la noche <input type="checkbox"/> Micción dolorosa <input type="checkbox"/> Incontinencia <input type="checkbox"/> Cálculos renales <input type="checkbox"/> Infecciones frecuentes REPRODUCTIVO Por favor llene la información apropiada para su cuerpo. <input type="checkbox"/> Sensibilidad mamaria <input type="checkbox"/> Bulto mamario <input type="checkbox"/> Endometriosis <input type="checkbox"/> Síntomas menopáusicos <input type="checkbox"/> Hernia <input type="checkbox"/> Dolor testicular <input type="checkbox"/> Bulto testicular <input type="checkbox"/> Manchado <input type="checkbox"/> Ulceras genitales <input type="checkbox"/> Menses dolorosas/pesadas <input type="checkbox"/> Preocupaciones con la función sexual <input type="checkbox"/> Preocupaciones con fertilidad <input type="checkbox"/> Historia de STIs <input type="checkbox"/> Quistes ováricos/uterinos <input type="checkbox"/> Bochornos <input type="checkbox"/> Secreción anormal Edad de 1 menses _____ Duración del ciclo _____ Fecha del último examen pélvico _____ Edad del último menses _____
MUSCULO/ESQUELETO			
<input type="checkbox"/> Resfriados frecuentes <input type="checkbox"/> Ronquera <input type="checkbox"/> Sangrar de encías <input type="checkbox"/> Clic de la mandíbula <input type="checkbox"/> Problemas de las encías <input type="checkbox"/> Cavidades <input type="checkbox"/> Problemas del seno	<input type="checkbox"/> Espasmos musculares <input type="checkbox"/> Huesos Rotos <input type="checkbox"/> Ciática <input type="checkbox"/> Artritis		
		¿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"/> Poliomielitis	
<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"/> Ulceras	<input type="checkbox"/> Fiebre tifoidea	

Medications	List medications and supplements you are currently taking.

Alergias

Farmacia preferida _____

Medico de cabecera _____

Consentimiento de Tratamiento

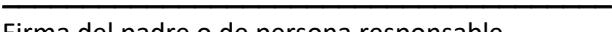
Yo entiendo que mi cuidado como paciente en Mercy & Wisdom Community Health Clinic (MWCHC) es dirigido y supervisado por doctores y acupunturistas licenciados y otros profesionales licenciados. Yo consiento a los servicios rendidos a mi bajo las instrucciones de estos profesionales asistiendo en mi cuidado,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

- MWHC 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 cualesquier 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



*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 mutual y el respeto. Como tal, esforzarse para ser puntual para sus citas programadas y le pedimos que usted no de la cortesia de una llamad cuanto usted es incapaz de mantener su cita. Entenedmos 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 política de cancelación/no show.

Nombre _____

Firma _____

Fecha _____