

Le damos la bienvenida a nuestra clínica. Estamos encantados de ser parte de sus opciones de salud y bienestar. Debe completar todos los datos que se solicitan a continuación antes de su consulta. Lea nuestras políticas y procedimientos, firme y coloque la fecha en cada lugar indicado para que podamos brindarle la atención y los servicios que solicita al convertirse en nuestro/a paciente. Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda con los formularios de admisión, pregunte en la recepción.

Nombre del paciente:	Fecha de nacimiento:
Nombre del responsable o tutor si el paciente es menor:	
Dirección de casa:	Ciudad/Calle/Código Postal:
Dirección de facturación/correo:	Ciudad/Calle/Código Postal:
N.º Seguridad Social:	Correo electrónico:
Empleador:	Dirección del empleador:
Mejor número de contacto:	¿Podemos dejarle un mensaje?      Sí      No
Número de contacto alternativo:	¿Podemos dejarle un mensaje?      Sí      No
¿Cómo se enteró de nuestra existencia?	

**POLÍTICA Y PROCEDIMIENTOS DE LA CLÍNICA**

**Lea los siguientes puntos y ponga sus iniciales en cada uno de ellos. Al final, firme y coloque la fecha:**

- \_\_\_ El Centro de Medicina Natural fue cuidadosamente diseñado y construido para ser un espacio hipoalergénico para personas sensibles a los químicos. Por cuestiones de salud y debido a la naturaleza de cercanía interpersonal de nuestro trabajo, requerimos algunos cuidados de su higiene personal para que podamos disfrutar de un buen ambiente de curación. Evite el uso de perfumes, aromas, lociones o desodorantes con olores fuertes los días de la cita y no fume en las instalaciones.
- \_\_\_ Si no se ha atendido en este consultorio en los últimos 12 meses, es posible que sea necesario que realicemos un examen para volver a determinar el tratamiento adecuado. Si no se ha atendido durante 3 años, se le considerará como paciente nuevo/a.
- \_\_\_ En consideración a nuestros médicos y los demás pacientes, le rogamos que llame al menos con 24 horas de anticipación si necesita cancelar o reprogramar una cita. Si no cancela de manera oportuna, es posible que se le cobre una tarifa de hasta \$50 por una consulta perdida y se marcará como ausente. Acumular tres ausencias puede ser motivo de su exclusión de la clínica.
- \_\_\_ El pago debe realizarse en el momento del servicio. Si los beneficios de su seguro cubren nuestros servicios exclusivos, estaremos encantados de facturarlos por usted; sin embargo, le pedimos que nos informe la información completa de su póliza al menos 24 horas antes de su consulta para que podamos verificar su cobertura. Si no hemos podido verificar su cobertura antes de su consulta, deberá pagar en el momento de hacerla y le proporcionaremos un formulario adecuado para facturar un reembolso.

He leído y entiendo las políticas y procedimientos establecidos por el Centro de Medicina Natural. Mi firma a continuación representa que reconozco y acepto cumplir con estas políticas y recibir la atención médica que ofrecen mis proveedores en esta clínica. También acepto que soy responsable en última instancia de todos los cargos a mi cuenta por los servicios recibidos. Si el paciente es menor de edad, otorgo mi permiso como tutor y responsable para el tratamiento de mi hijo/a o dependiente.

<b>Firma autorizada:</b>	<b>Fecha:</b>
--------------------------	---------------

**POLÍTICAS DE PAGO Y FACTURACIÓN:**

- \_\_\_ Ofrecemos el servicio complementario de verificar los beneficios de su seguro antes de su consulta; sin embargo, tal verificación no es de ninguna manera una garantía de cobertura. Si tiene un seguro médico, se trata de un contrato entre usted y su compañía de seguros y, en última instancia, es su responsabilidad comprender cuál es la cobertura de su póliza y asegurarse de que sus saldos en nuestro centro se paguen con prontitud. Si su reclamo es rechazado, el saldo se facturará a usted.
- \_\_\_ Si su póliza requiere un copago o un porcentaje complementario, deberá pagarlo al momento de su consulta. Si sus beneficios están sujetos a un deducible, le facturaremos su consulta, pero se espera que el pago se realice en el momento de proporcionarle el servicio.
- \_\_\_ El pago de todos los suplementos nutricionales, suministros ortopédicos y servicios no cubiertos debe realizarse en el momento del servicio.
- \_\_\_ Si ha presentado un reclamo por lesiones personales relacionadas con una lesión automovilística, las facturas médicas se dirigen a su póliza de seguro de automóvil personal, independientemente de la culpa. Si ha presentado un reclamo de compensación laboral, se facturará a la compañía de seguros de su empleador. En ambos casos, el paciente no está obligado a pagar al momento del servicio por la atención relacionada con las lesiones, pero será responsable de los cargos no cubiertos por la compañía de seguros, independientemente de los litigios o acuerdos pendientes.

**PARA QUE FACTUREMOS A SU SEGURO, DEBE COMPLETAR LA SIGUIENTE INFORMACIÓN EN SU TOTALIDAD:**

Nombre y dirección del seguro primario:	
Nombre y dirección del titular de la póliza:	
N.º de seguro social del titular de la póliza:	Fecha de nacimiento del titular de la póliza:
Parentesco con el paciente:	N.º de póliza o ID:
Grupo n.º:	Teléfono de atención al cliente:

**Si tiene un seguro secundario que también cubre nuestros servicios, proporcione la siguiente información en su totalidad:**

Nombre y dirección del seguro secundario:	
Nombre y dirección del titular de la póliza:	
N.º de seguro social del titular de la póliza:	Fecha de nacimiento del titular de la póliza:
Parentesco con el paciente:	N.º de póliza o ID:
Grupo n.º:	Teléfono de atención al cliente:

Por medio de la presente, asigno al Centro de Medicina Natural cualquier beneficio médico o quirúrgico por los servicios prestados por ellos a los que tengo derecho. Esta asignación permanecerá vigente hasta que yo la revoque por escrito. Una fotocopia de esta asignación se considerará tan válida como el original.

<b>Firma autorizada:</b>	<b>Fecha:</b>
--------------------------	---------------

**ACUSE DE RECIBO DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

Las leyes estatales y federales nos obligan a proteger y mantener la privacidad de su información de salud. También estamos obligados a notificarle sobre nuestras prácticas de privacidad y sobre sus derechos como paciente con respecto a su información de salud personal (PHI, por sus siglas en inglés). Por favor, lea la copia proporcionada de sus formularios de admisión y firme el acuse de recibo a continuación.

Si tiene alguna pregunta o desea obtener su propia copia del aviso u obtener más explicaciones sobre nuestra política de privacidad, pregunte en la recepción. También puede encontrar nuestra política de privacidad [en www.cnmwellness.com](http://www.cnmwellness.com), en la página de recursos para pacientes.

Si desea solicitar una restricción adicional, presentar una objeción a la política de privacidad o solicitar una comunicación alternativa de su información de salud personal, especifíquelo aquí:

---

Según lo exige el Reglamento de Privacidad, soy consciente de que *Center for Natural Medicine, Inc* ha incluido una disposición por la que se reserva el derecho de cambiar los términos de su aviso, vigente para toda la información de salud personal que mantiene. Entiendo que esta oficina no está obligada por ley a cumplir con los cambios que pueda solicitarles, pero que lo hará como cortesía siempre que sea posible.

A través de mi firma, proporciono a CNM, Inc mi autorización y consentimiento para usar y divulgar mi información de atención médica protegida con fines de tratamiento, pago y operaciones de atención médica según se describe en el "Aviso de prácticas de privacidad" y según lo permitido o requerido por leyes estatales y federales.

<b>Firma autorizada:</b>	<b>Fecha:</b>
--------------------------	---------------

**FORMULARIO DE RENUNCIA DE ELEGIBILIDAD Y RESPONSABILIDAD FINANCIERA DEL PACIENTE**

El propósito de este formulario es ayudar a nuestros pacientes a comprender su seguro médico, su elegibilidad, sus coberturas y beneficios, y la política de nuestro consultorio y nuestros servicios médicos. Debe entenderse que:

- Prestamos nuestro servicio sobre la base de que las compañías de seguros pueden pagar o no la totalidad o una parte de nuestros cargos por las consultas que usted realiza.
- Las autorizaciones para tratamientos médicos proporcionadas por su compañía de seguros no garantizan el pago total de los servicios autorizados.
- El paciente o su tutor es el responsable de obtener una autorización previa (cuando corresponda) antes de una consulta.
- No todas las compañías de seguros o terceros pagadores pagan por todos los servicios. Cada política contiene sus propias estipulaciones específicas con respecto a los servicios cubiertos o el monto de las coberturas. Haremos todo lo posible para obtener beneficios en su nombre, pero también es su responsabilidad conocer y comprender el plan de beneficios que le ofrece su compañía de seguros.
- Todas las compañías de seguros afirman que la verificación de cobertura no es garantía de cobertura o de pago. Los beneficios reales los determina su compañía de seguros después de recibir un reclamo.
- Los pacientes son personalmente responsables de conocer y comprender los beneficios de su propia póliza o plan de seguro y de los requisitos que exige la compañía de seguros.
- Los pacientes son responsables del pago de los deducibles y coseguros pendientes.
- Los copagos se cobrarán en el momento del servicio.

- \_\_\_ Los pacientes o sus tutores son responsables del pago de todos los servicios o procedimientos no cubiertos por su plan de salud. Cualquier cita perdida o no cancelada dentro de las 24 horas anteriores a la fecha programada incurrirá en un cargo de \$50.00.
- \_\_\_ Los cheques devueltos incurrirán en un cargo por servicio de \$35.00.
- \_\_\_ Debe informar de cualquier cambio en el seguro de un paciente o su tutor, comunicándose lo antes posible con nuestro personal de recepción para evitar responsabilidades financieras. 1330 SE César E. Chávez Blvd. Portland, OR 97214 Teléfono: 503-232-1100 Fax: 503-232-7751 Web: www.cnmwellness.com

Por medio de la presente, el paciente o su representante legal (tutor) reconoce que es elegible para recibir beneficios y coberturas de un seguro médico. En caso de que el paciente no sea elegible para el seguro y la cobertura con dicha póliza, entiende y acepta que será totalmente responsable financieramente del pago de todos los costos incurridos durante la prestación de los servicios de salud brindados por un proveedor del Centro de Medicina Natural.

<b>Firma autorizada:</b>	<b>Fecha:</b>
--------------------------	---------------

### AVISO DE LA POLÍTICA DE CITAS PERDIDAS

Este formulario constituye un aviso a nuestros pacientes sobre nuestra política de citas perdidas, de conformidad con las pautas de su compañía de seguros. Debe entenderse que:

- \_\_\_ Se requiere un aviso de al menos 24 horas de anticipación para cancelar o faltar a una cita. El incumplimiento del requisito de 24 horas constituirá una cita perdida.
- \_\_\_ Faltar a dos citas seguidas después de su consulta inicial o incluyéndola, puede resultar en la suspensión de los servicios al paciente por parte de un proveedor o de la clínica, según corresponda.
- \_\_\_ Faltar a tres citas durante un período de seis meses puede resultar en la suspensión de la atención por parte de un proveedor o de la clínica.
- \_\_\_ Si un paciente utiliza múltiples servicios, como atención naturopática, acupuntura, masajes, salud conductual, servicios de laboratorio o cualquier otro servicio proporcionado por el Centro de Medicina Natural no enumerado específicamente aquí, esta política se puede aplicar a servicios o proveedores individuales. Por ejemplo, si un paciente asiste regularmente a consultas de naturopatía pero ha faltado a dos citas seguidas de acupuntura o ha faltado a tres citas de acupuntura durante un período de seis meses, dicho paciente puede ser suspendido del proveedor de acupuntura y potencialmente dejar de recibir acupuntura en el futuro.
- \_\_\_ En caso de una suspensión de la atención, se enviará una notificación escrita por correo a la dirección registrada del paciente y se documentará en su expediente. No se requiere una prueba de recepción de la carta por parte del paciente.
- \_\_\_ Los pacientes tienen derecho a apelar la suspensión de la clínica o de los servicios individuales, ante la administración de la clínica.  
En el caso de una suspensión de la atención, este documento firmado se transmitirá a la compañía de seguros del paciente como parte de la documentación.

Por medio de la presente, el paciente o su representante legal (tutor) reconoce que ha leído y comprende esta política de aviso de citas perdidas. En caso de una infracción esta política, el/la paciente entiende y acepta que su relación con el Centro de Medicina Natural y sus proveedores podría darse por finalizada.

<b>Firma autorizada:</b>	<b>Fecha:</b>
--------------------------	---------------

**CONSENTIMIENTO PARA LAS COMUNICACIONES**

Autorizo a mi proveedor o la clínica a dejar un mensaje detallado al siguiente número de teléfono: \_\_\_\_\_ con respecto a todo lo siguiente. Marque todo lo que corresponda:

- Fecha y hora de las próximas citas
- Resultados de laboratorio (análisis de sangre, Pap, orina u otros cultivos)
- Radiografías, tomografías computarizadas, resonancias magnéticas u otros resultados radiológicos
- Recordatorios para programar servicios de detección o pruebas recurrentes
- Información de derivaciones Cualquier otra información pertinente a mi atención
- Otro: \_\_\_\_\_

Entiendo que esta autorización permanecerá vigente hasta el momento en que presente una revocación de la misma por escrito. Entiendo que al otorgar mi consentimiento, la información sobre mi atención médica personal podría quedar a disposición de miembros de mi familia u otras personas de mi hogar que tengan acceso a mi sistema de correo de voz.

<b>Firma autorizada:</b>	<b>Fecha:</b>
--------------------------	---------------

NO AUTORIZO que se deje ningún mensaje relacionado con mi salud en mi correo de voz.

<b>Firma autorizada:</b>	<b>Fecha:</b>
--------------------------	---------------

AUTORIZACIÓN REVOCADA. Mensaje de autorización revocada el: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Iniciales del miembro del personal que recibe la revocación: \_\_\_\_\_

**ACUERDO DE CONDUCTA DEL PACIENTE**

Este es un contrato de conducta entre \_\_\_\_\_ y el Centro de Medicina Natural. Con el fin de mantener un entorno clínico seguro tanto para los pacientes como para el personal, se ha implementado el siguiente contrato de conducta. Mediante mi firma a continuación, reconozco que mi atención en el Centro de Medicina Natural depende de que cumpla las siguientes expectativas:

1. No participaré en amenazas verbales ni comportamientos agresivos con el personal, los proveedores o cualquier otra persona dentro de las instalaciones de CNM o por teléfono.
2. En caso de sentirme irritado/a o enojado/a, me comunicaré de manera profesional con el personal para pedir ayuda con respecto a cualquier problema.
3. No utilizaré lenguaje que pueda resultar ofensivo para el personal u otros pacientes por motivos de raza, género, orientación sexual, apariencia o religión.
4. Cuando acuda para recibir los servicios de la clínica, esperaré pacientemente.
5. Cumpliré con las solicitudes realizadas por el personal o los proveedores del CNM.
6. No consumiré sustancias embriagantes en las instalaciones del CNM.

Mi firma a continuación indica que reconozco que el personal de CNM acepta lo siguiente:

1. Satisfacer las necesidades del paciente lo mejor que podamos dados los recursos disponibles.
2. Comunicarnos con los pacientes de manera profesional y respetuosa.
3. Estar disponible para responder preguntas sobre la atención médica de los pacientes lo mejor que podamos.
4. Atender a los pacientes en el horario lo más cercano posible a la hora programada de la cita, o comunicarles cualquier retraso en los horarios.
5. Revisar y analizar todas las quejas presentadas por los pacientes y responder a las mismas dentro de los 5 días hábiles.

El incumplimiento del acuerdo anterior puede resultar en que se le pida que abandone la clínica por ese día. Si se le solicita que abandone la clínica, se le enviará una carta de advertencia por escrito y se incluirá en sus registros del CNM. Si la falta de conducta se repite después de un día de exclusión de la clínica, se iniciará un proceso formal de finalización de los servicios de atención. Los incidentes pueden ser revisados caso por caso por la gerencia de la clínica y se puede iniciar un proceso formal de finalización en cualquier momento por infracciones graves de conducta. Si se finalizan sus servicios, se le permitirá acceder a la atención de problemas médicos urgentes solo durante 30 días tras la fecha de finalización y se le proporcionará una lista de clínicas externas con las que puede establecer su atención. Es su responsabilidad establecer atención con otro proveedor durante ese período de gracia de 30 días.

<b>Firma autorizada:</b>	<b>Fecha:</b>
--------------------------	---------------

**FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TELEMEDICINA**

El paciente ha sido asesorado sobre la política de telemedicina de CNM y ha aceptado verbalmente lo siguiente:

1. El paciente comprende que conversará con su médico a través de un sistema de videoconferencia. Los proveedores de CNM utilizan Klara; el paciente acepta su uso para todas las visitas de telemedicina con sus proveedores de CNM.
2. El paciente comprende que las invitaciones a las reuniones se le enviarán mediante un mensaje de texto, lo que le permitirá unirse haciendo clic en un enlace.
3. Las reuniones se consideran citas y están sujetas a la política de asistencia de CNM.
4. El paciente entiende que no se podrán realizar grabaciones de estas consultas. También entiende que no puede haber otras personas dentro de la habitación y fuera de la vista en cámara. No se permite la presencia de personas escondidas o fuera de cámara.
5. El paciente comprende que su proveedor deberá confirmar su identidad mediante el contacto visual y que el paciente debe procurar que haya una buena iluminación durante su consulta de telemedicina.
6. El paciente comprende que es posible que algunos planes de seguro no reembolsen los servicios de telemedicina. El facturador de CNM presentará las solicitudes de reclamos al seguro, pero el paciente es responsable de cualquier saldo no pagado por el seguro.

<b>Firma autorizada:</b>	<b>Fecha:</b>
--------------------------	---------------