Nuevo Formulario de Paciente

Información del paciente

Nombre complete del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Sexo (por favor circular): Masculino o Femenino

Dirección (incluir # de apartamento): _____

Ciudad, Estado, Código postal: _____

Número de teléfono de casa: _____

Número de celular: _____

Correo electronico (e-mail): _____

Información del seguro primario

Nombre del plan de seguro: _____

Relación con asegurado primario (por favor circular): Uno mismo / Esposo(a) / niño(a) / otro

Identificación de miembro del seguro medico:_____

Número de grupo: _____

Nombre del suscriptor (Titular del seguro primario): _____

Fecha de nacimiento del suscriptor (Titular del seguro primario): _____

Información del seguro secundario (si es aplicable)

Nombre del plan de seguro: _____

Relación con asegurado secundario (por favor circular): Uno mismo / Esposo(a) / niño(a) / otro

(Continúa en la página 2)

Identificación de miembro del seguro medico: _____

Número de grupo: _____

Nombre del suscriptor (Titular del seguro secundario): _____

Fecha de nacimiento del suscriptor (Titular del seguro secundario): _____

Información del medico

Nombre del doctor de atención primaria: _____

Numero de telefono del doctor primario: _____

Quien lo refirió a nuestra oficina: _____

¡Gracias!

Acuerdo Con El Cliente

Nombre completo del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Seguro Medico:

Autorizo a Whole Nutrition Center a divulgar información a mis compañías de seguros y a que mis compañías de seguros le paguen directamente por los servicios facturados. Entiendo que es mi responsabilidad saber qué cubre mi plan de seguro, si se requiere o no una remisión o autorización previa y si existen limitaciones de cobertura (número de visitas permitidas, diagnósticos cubiertos, etc.). **Si los reclamos son rechazados por cualquier motivo**, reconozco que soy **responsable por el monto total facturado al seguro** y autorizo a Whole Nutrition Center de cobrar a la tarjeta registrada.

Autorización de Tarjeta de Crédito/Débito

Autorizo a Whole Nutrition Center a cargar mi tarjeta de débito/crédito registrada por cargos aplicables incluyendo los deducibles, copagos, coseguros, reclamos de seguro negados, servicios de desembolso personal y cargos por no presentarse/ cancelación tardía.

HIPAA

Recibí un Aviso de prácticas de privacidad que explica la Ley de portabilidad y responsabilidad de seguros médicos (HIPAA).

Servicios de Nutricion

Entiendo que los proveedores de Whole Nutrition Center son dietéticos(as) / nutricionistas, no médicos, y no brindan asesoramiento médico ni prescriben tratamientos. Más bien, brindan educación para mejorar mi conocimiento de la salud en lo que respecta a los alimentos, los suplementos dietéticos y los comportamientos asociados con la alimentación. Mientras que el apoyo nutricional y botánico puede ser un complemento importante para mi atención médica, entiendo que el asesoramiento nutricional no sustituye el diagnóstico, tratamiento o atención de una enfermedad por parte de un proveedor médico.

Telesalud / Telemedicina

Autorizo a Whole Nutrition Center de utilizar las tecnologías de telecomunicaciones adecuadas para realizar evaluaciones nutricionales iniciales y de seguimiento con el fin de mejorar la atención al cliente. La información se utilizará para la evaluación, el tratamiento, la educación y el desarrollo de planes de estilo de vida individualizados.

Póliza de Cancelación / No Presentarse

Acepto pagar $40 por citas perdidas si no llamo al 862-309-9859 al menos 24 horas antes de mi cita para cancelar o reprogramar. Este cargo es independiente del motivo de la cancelación / no presentarse y no está cubierto por el seguro médico.

Pago

Entiendo que todos los co-pagos y otras tarifas de pago propio son debidos al momento del servicio. Los cheques devueltos tendrán un cargo fijo de $40. Los saldos impagos después de 90 días pueden enviarse a cobranzas y colección.

AL FIRMAR ABAJO, ACEPTO QUE HE LEÍDO, ENTENDIDO Y ACEPTO LOS ARTÍCULOS CONTENIDOS EN ESTE DOCUMENTO.

Firma: _____

Fecha: _____

Formulario de Tarjeta de Crédito/Débito

Nombre del titular de la tarjeta: _____

Número de tarjeta: _____

Fecha de vencimiento: _____

Código de seguridad (CVV): _____

Código postal: _____

**Se requiere una tarjeta de crédito/débito para reservar su cita. Esta tarjeta se puede usar por no presentarse a su cita o cancelación tardía*

Notificación de Prácticas de Privacidad

Fecha de Vigencia: Febrero del 2021

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA Y CÓMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR REVISELO CUIDADOSAMENTE.

Si tiene alguna pregunta sobre este aviso, comuníquese con Sara Rivera por teléfono (862) 309-9859 o envíe un correo electrónico a sara@wholenutritioncenter.com.

NUESTRO COMPROMISO RESPECTO A INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

En Whole Nutrition Center entendemos que la información médica protegida sobre usted y su salud es personal. Estamos comprometidos a proteger su información de salud. Este Aviso se aplica a todos los registros de su cuidado generados por Whole Nutrition Center, ya sea que los realice nuestros empleados o su médico personal.

Este Aviso le informará sobre las formas en que podemos usar o divulgar su información médica protegida. También describimos sus derechos y ciertas obligaciones que tenemos con respecto al uso y divulgación de información médica protegida. La ley federal nos obliga a:

Asegurarse de que la información de salud protegida que lo identifica se mantenga privada; Notificarle sobre cómo protegemos su información de salud protegida;
Explicar cómo, cuándo y por qué usamos y divulgamos información de salud protegida; y Seguir los términos del Aviso que está actualmente en vigor.

Estamos obligados a seguir los procedimientos en este Aviso. Nos reservamos el derecho de cambiar los términos de este Aviso y hacer efectivas las nuevas disposiciones del Aviso para toda la información de salud protegida que mantenemos por medio de:

Hacer copias del Aviso revisado a pedido; y Publicar el Aviso revisado en nuestro sitio web.

CÓMO PODEMOS UTILIZAR Y DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA SOBRE USTED

Las siguientes categorías describen diferentes formas en que podemos usar y divulgar información médica protegida sin su autorización por escrito.

Para tratamiento. Podemos usar su información de salud protegida para brindarle, coordinar o administrar su tratamiento o servicios médicos. Podemos divulgar su información de salud protegida a médicos, enfermeras, técnicos, estudiantes de medicina u otro personal de Whole Nutrition Center, incluidas las personas fuera de nuestra oficina que estén involucradas en su atención médica.

Whole Nutrition Center también puede compartir información de salud protegida sobre usted para coordinar su atención por razones tales como recetas de prescripción o análisis de laboratorio.

Podemos usar y divulgar información de salud protegida para comunicarnos con usted y recordarle que tiene una cita con Whole Nutrition Center. Podemos usar y divulgar información de salud protegida para informarle o recomendarle posibles opciones de tratamiento, alternativas de tratamiento o beneficios o servicios relacionados con la salud que puedan ser de su interés.

Por Pago de Servicios. Podemos usar y divulgar su información de salud protegida para que el tratamiento y los servicios que recibe en Whole Nutrition Center puedan facturarse y cobrar su pago, una compañía de seguros o un tercero. Por ejemplo, es posible que debamos brindarle a su plan de salud información sobre los servicios de nutrición que recibió en Whole Nutrition Center para que su plan de salud nos pague o le reembolse el servicio. También podemos informarle a su plan de salud sobre los servicios de nutrición que va a recibir para obtener una aprobación previa o para determinar si su plan cubrirá el tratamiento.

Para operaciones de atención médica. Podemos usar y divulgar su información de salud protegida para las operaciones de atención médica de Whole Nutrition Center, como nuestras actividades de evaluación y mejora de la calidad, administración de casos, coordinación de la atención, planificación comercial, servicio al cliente y otras actividades. Estos usos y divulgaciones son necesarios para administrar el centro, reducir los costos de atención médica y garantizar que todos nuestros clientes reciban atención de calidad.

Por ejemplo, podemos usar información de salud protegida para revisar nuestro tratamiento y servicios o para evaluar el desempeño de la dietética/o registrado que le brinda sus servicios. También podemos combinar información de salud protegida sobre muchos clientes de Whole Nutrition Center para decidir qué servicios adicionales debemos ofrecer, qué servicios no son necesarios y si ciertos tratamientos son efectivos.

Sujeto a la ley estatal aplicable, la ley nos permite o requiere que usemos o divulguemos su información de salud sin su autorización en algunas situaciones limitadas para fines que van más allá del tratamiento, el pago y las operaciones.

Como lo exige la ley. Divulgaremos su información de salud protegida cuando así lo exija la ley federal, estatal o local.

Para evitar una amenaza grave a la salud o la seguridad. Podemos usar y divulgar información de salud protegida cuando sea necesario para prevenir una amenaza grave a su salud y seguridad o la salud y seguridad del público o de otra persona.

También podemos divulgar su información de salud protegida a una autoridad gubernamental si creemos razonablemente que usted es víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica. Solo divulgaremos este tipo de información en la medida requerida por la ley, y solo la divulgaremos si (a) usted acepta la divulgación, o (b) la divulgación está permitida por la ley y creemos que es necesario para prevenir o disminuir una amenaza grave e inminente para usted o para otra persona.

Procedimientos Judiciales y Administrativos. Podemos divulgar su información médica protegida en respuesta a una orden judicial o administrativa. También podemos divulgar su información de salud protegida en respuesta a una

citación, solicitud de descubrimiento u otro proceso legal por parte de otra persona involucrada en la disputa, pero solo si se han hecho esfuerzos, ya sea por nosotros o por la parte solicitante, para informarle sobre la solicitud u obtener una orden que proteja la información solicitada.

Socios de negocio. Podemos divulgar información a socios comerciales que prestan servicios en nuestro nombre (como empresas de facturación). Sin embargo, requerimos que estos asociados protejan adecuadamente su información. Nuestros socios comerciales están obligados a proteger la privacidad de su información y no pueden usar ni divulgar ninguna información que no sea la especificada en nuestro contrato.

Salud pública. Según lo exige la ley, podemos divulgar su información de salud protegida a las autoridades legales o de salud pública encargadas de prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades.

Actividades de vigilancia de la salud. Podemos divulgar información de salud protegida a una agencia de supervisión de la salud para actividades autorizadas por la ley. Estas actividades incluyen auditorías, investigaciones e inspecciones, según sea necesario para la concesión de licencias y para que el gobierno controle el sistema de atención médica, los programas gubernamentales y el cumplimiento de las leyes de derechos civiles.

Cumplimiento de la ley. Podemos divulgar información de salud protegida según lo exija la ley, o en respuesta a una orden o autorización de un tribunal, una citación o una solicitud administrativa. También podemos divulgar información de salud protegida en respuesta a una solicitud relacionada con la identificación o la ubicación de una persona, una víctima de un delito, un difunto o un delito en las instalaciones.

Funciones especiales del gobierno. Si es miembro de las fuerzas armadas, podemos divulgar su información de salud protegida si se relaciona con actividades militares y de veteranos. También podemos divulgar su información de salud protegida con fines de inteligencia y seguridad nacional, servicios de protección para el presidente e idoneidad médica o determinaciones realizadas por el Departamento de Estado.

Médicos forenses, examinadores médicos y directores de funerarias. Podemos divulgar información de salud protegida a un médico forense o examinador médico. Esta divulgación puede ser necesaria, por ejemplo, para identificar a una persona fallecida o determinar la causa de la muerte. También podemos divulgar información de salud protegida a directores de funerarias, de conformidad con las leyes aplicables, para permitirles llevar a cabo sus funciones.

Compensación del trabajador. Podemos divulgar información de salud protegida según sea necesario para cumplir con las leyes relacionadas con la compensación del trabajador u otros programas similares establecidos por ley.

Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA). Podemos divulgar a la FDA, o a personas bajo la jurisdicción de la FDA, información de salud protegida relativa a eventos adversos con respecto a medicamentos, alimentos, suplementos, productos y defectos de productos, o información de vigilancia posterior a la comercialización para permitir retiros, reparaciones o reemplazo.

USTED PUEDE OPONERSE A CIERTOS USOS Y DIVULGACIONES

A menos que se oponga o solicite que solo se comparta una cantidad o tipo limitado de información, podemos usar o divulgar información médica protegida sobre usted en las siguientes circunstancias:

Podemos compartir con un familiar, pariente, amigo u otra persona identificada por usted información de salud protegida que sea directamente relevante para la participación de esa persona en su atención o el pago de su atención. También podemos compartir información para notificar a estas personas sobre su ubicación, estado general o fallecimiento.

Podemos compartir información de salud protegida con una agencia pública o privada (como la Cruz Roja Americana) para fines de socorro en casos de desastre. Incluso si se opone, aún podemos compartir esta información si es necesario en circunstancias de emergencia.

Si desea oponerse al uso y la divulgación de información médica protegida en estas circunstancias, llame o escriba a la persona de contacto que figura en la página 1 de este Aviso.

SUS DERECHOS CON RESPECTO A LA INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA SOBRE USTED
Tiene los siguientes derechos con respecto a la información de salud protegida que mantenemos sobre usted:

Derecho a inspeccionar y copiar. Tiene derecho a inspeccionar y copiar la información de salud protegida que puede usarse para tomar decisiones sobre su atención o el pago de su atención. Si mantenemos su información de salud protegida electrónicamente, puede solicitar que proporcionemos acceso en una forma y formato electrónico que sea fácilmente producible, o en una forma y formato acordados por nosotros.

Para inspeccionar y copiar información de salud protegida que pueda usarse para tomar decisiones sobre usted, debe enviar su solicitud por escrito a Sara Rivera. Si solicita una copia de la información, podemos cobrar una tarifa por los costos de copia, envío por correo o suministros asociados con su solicitud. Es posible que no le cobremos una tarifa si necesita la información para un reclamo de beneficios conforme a la Ley del Seguro Social o cualquier otro programa de beneficios estatal o federal basado en las necesidades. Responderemos a su solicitud a más tardar 30 días después de recibirla. Hay ciertas situaciones en las que no estamos obligados a cumplir con su solicitud. En estas circunstancias, le responderemos por escrito, explicando por qué no concederemos su solicitud y describiendo cualquier derecho que pueda tener para solicitar una revisión de nuestra denegación.

Derecho a Modificar. Si cree que la información de salud protegida que tenemos sobre usted es incorrecta o está incompleta, puede solicitarnos que modifiquemos o complementemos la información.

Para solicitar una enmienda, su solicitud debe hacerse por escrito y enviarse a Sara Rivera. Además, debe proporcionar una razón que respalde su solicitud. Actuaremos sobre su solicitud de modificación a más tardar 60 días después de recibirla.

Podemos denegar su solicitud de enmienda si no está por escrito o no incluye una razón para respaldar la solicitud. En estas circunstancias, proporcionaremos una denegación por escrito indicando por qué no concederemos su solicitud. Además, podemos denegar su solicitud si nos pide que modifiquemos información que:

no fue creado por nosotros, a menos que la persona o entidad que creó la información ya no esté disponible para realizar la modificación;
No es parte de la información de salud protegida mantenida por Whole Nutrition Center;

no es parte de la información que se le permitiría inspeccionar y copiar; o
Creemos que es precisa y completa.

Derecho a la Rendición de Cuentas de las Divulgaciones. Tiene derecho a solicitar un "registro de las divulgaciones". Esta es una lista de las divulgaciones que hicimos de su información de salud protegida.

Para solicitar esta lista de divulgaciones, debe enviar su solicitud por escrito a Sara Rivera. Puede solicitar divulgaciones realizadas dentro de los seis años anteriores a su solicitud. La primera lista que solicites en un plazo de 12 meses será gratuita. Para listas adicionales en ese período de 12 meses, podemos cobrarle los costos de proporcionar la lista. Estamos obligados a proporcionar una lista de todas las divulgaciones excepto las siguientes:

Divulgaciones hechas para su tratamiento;
Los utilizados para la facturación y cobro del pago de su tratamiento;
Los relacionados con las operaciones de atención de la salud;
Los hechos a usted o solicitados por usted, o las que usted autorice;
Aquellos que ocurrieron como subproducto del uso y divulgación permitidos;
Aquellos utilizados para fines de inteligencia o seguridad nacional, o proporcionados a instituciones correccionales o fuerzas del orden con respecto a los reclusos;
Aquellos que formaban parte de un conjunto de datos limitado de información que no contiene información que lo identifique.

Derecho a Solicitar Restricciones. Tiene derecho a solicitar una restricción o limitación de la información médica protegida que usamos o divulgamos sobre usted para tratamiento, pago u operaciones de atención médica, o a las personas involucradas en su atención.

No estamos obligados a aceptar su solicitud. Si estamos de acuerdo, cumpliremos con su solicitud a menos que la información sea necesaria para brindarle un tratamiento de emergencia, la divulgación sea al Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos, o la divulgación sea requerida por ley.

Para solicitar restricciones, debe realizar su solicitud por escrito a Sara Rivera.

Derecho a Solicitar Comunicaciones Confidenciales. Tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted sobre asuntos médicos de cierta manera o en un lugar determinado. Por ejemplo, puede solicitar que solo nos comuniquemos con usted en el trabajo o por correo.
Para solicitar comunicaciones confidenciales, debe realizar su solicitud por escrito a Sara Rivera. Nos acomodaremos a todas las solicitudes razonables.

Derecho a una copia impresa de este aviso. Tiene derecho a recibir una copia impresa de este Aviso en cualquier momento. Para recibir una copia en papel, comuníquese con Sara Rivera.

Derecho a Recibir Notificación de Incumplimiento. Tiene derecho a ser notificado en caso de incumplimiento de cualquiera de sus datos de salud protegidos no seguros.

Derechos por Pagos de Bolsillo. Si pagó de su bolsillo la totalidad de un artículo o servicio específico, tiene derecho a solicitar que su información médica protegida con respecto a ese artículo o servicio no se divulgue a un plan de salud para fines de pago u operaciones de atención médica. Estamos obligados a aceptar su solicitud a menos que la ley exija la divulgación.

TIPOS DE USOS Y DIVULGACIONES QUE REQUIEREN AUTORIZACIÓN

La mayoría de los usos y divulgaciones de las notas de psicoterapia requieren que obtengamos su autorización. Además, en la mayoría de los casos, no podemos usar ni divulgar su información médica protegida con fines de mercadeo ni vender su información médica protegida sin su autorización por escrito. Finalmente, cualquier otro uso o divulgación no descrito en este Aviso se realizará únicamente con su autorización. Cada vez que nos proporcione una autorización por escrito, puede revocarla en cualquier momento por escrito, en la medida en que no hayamos tomado medidas en función de su autorización previa.

OTROS USOS Y DIVULGACIONES

Obtendremos su autorización por escrito antes de usar o divulgar su información médica protegida para fines distintos a los descritos en este Aviso (o según lo permita o exija la ley). Puede revocar esta autorización por escrito en cualquier momento. Al recibir la revocación por escrito, dejaremos de usar o divulgar su información, excepto en el caso que ya hayamos tomado medidas en virtud de la autorización.

PUEDE PRESENTAR UNA QUEJA SOBRE NUESTRAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Si cree que se han violado sus derechos de privacidad, puede presentar una queja ante Sara Rivera o presentar una queja por escrito ante el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos. Se debe presentar una queja ante el Secretario dentro de los 180 días posteriores a la ocurrencia o acción que es objeto de la queja. Si presenta una queja, no tomaremos ninguna medida en su contra ni cambiaremos el trato que le damos de ninguna manera.

CAMBIOS A ESTE AVISO

Nos reservamos el derecho de cambiar este Aviso y hacer que el nuevo Aviso se aplique a la información de salud que ya tenemos, así como a cualquier información que recibamos en el futuro. Publicaremos una copia de nuestro Aviso actual en nuestra oficina. El aviso tendrá la fecha de vigencia claramente marcada en la parte superior de la primera página.

RECONOCIMIENTO DE HIPAA

Al firmar a continuación, reconozco que se me ha brindado la oportunidad de leer su Aviso de prácticas de privacidad de HIPAA.
También reconozco que he revisado su Aviso de Prácticas de Privacidad de HIPAA.

Nombre Completo: _____

Firma (Paciente/Guardian): _____

Fecha: _____

Cuestionario de Nutrición Inicial

*Resultados de análisis de laboratorio recientes (cargue en el portal para pacientes los análisis de laboratorio recientes que desee compartir con el nutricionista o envíe un correo electrónico a Sara@wholenutritioncenter.com)

*Recordatorio: para los pacientes interesados en las pruebas de composición corporal, visite www.wholenutritioncenter.com/body-composition para revisar las instrucciones previas a la prueba

---

Si alguna de las siguientes secciones no corresponde, escriba "N/A o Ninguno"

Fecha de Nacimiento del Paciente: _____

Quien Lo Refirió a Nuestra Oficina? _____

Historial Médico y Condiciones Médicas Actuales:

Nombre del Doctor Primario y Numero de Contacto:

Medicamentos (indique la marca del medicamento, la dosis y para qué condición lo está usando):

Vitaminas/Suplementos (indique la marca de la vitamina/suplemento, la dosis y para qué lo está tomando):

¿Tiene un terapeuta? (para pacientes con desorden alimenticios:
_____

Alergias/Intolerancias/Sensibilidades Alimenticias:

Altura y Peso Actual: _____

Metas Personales / Razon de Visita Para Ver a la Nutricionista:

Otro (Cualquier información que le gustaría que su nutricionista supiera):

Whole Nutrition Center
25 Pine St. Suite 4, Rockaway NJ 07866
Tel: 862-309-9859 Fax: 908- 509-6734
admin@wholenutritioncenter.com

Consentimiento Para Grabar Audio

CÓMO FUNCIONA

Su proveedor clínico utiliza un registrador digital de notas (Note Taker) para crear un registro preciso y oportuno de su atención. En lugar de tomar notas a mano, la sesión se grabará, lo que permite a los proveedores clínicos prestarle toda su atención durante el tiempo que pasan juntos. Esto se traduce en una mejor atención y conversaciones más significativas entre usted y su proveedor clínico.

GRABACIÓN DE AUDIO

Es importante que sepa que su voz y la conversación con su proveedor clínico se graban para documentar la cita.

ALMACENAMIENTO DE DATOS

En cuanto se transcribe el audio (normalmente unos segundos después de finalizar la cita),

la grabación se elimina permanentemente.

PRIVACIDAD Y SEGURIDAD

El proceso de grabación cumple con la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA).

PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA

Si aún tiene alguna pregunta o inquietud, su proveedor clínico estará encantado de hablar con usted. Tiene derecho a retirar su consentimiento en cualquier momento (incluso temporalmente).

FIRMA

Al firmar este documento, acepto que mi proveedor clínico grabe el audio de nuestra cita para documentar mi atención médica.

Nombre Completo del Paciente: _____

Fecha: _____

Firma: _____