



Por favor, llene el siguiente formulario con el mayor detalle posible. Toda su información de salud se mantiene confidencial.  ¿NECESITAS UN TRADUCTOR PARA ESTA VISITA?  Si  No

**Informacion del paciente [Por favor escriba en letra clara y legible]**

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_  
Telefono de casa: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

Dirreccion de casa \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Telefono movil: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_

Codigo postal: \_\_\_\_\_  
cuántos hijos tiene? \_\_\_\_

Genero (sexo) : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Mujer \_\_\_\_\_ Hombre

Cualquier miembro de la familia que esté siendo tratado aquí? \_\_\_\_\_

Tu peso: \_\_\_\_\_ Tu Altura \_\_\_\_\_  
Tu Ocupacion: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Contacto de emergencia**

Nombre: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Estado civil \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Relación \_\_\_\_\_

Nombre del cónyuge/pareja \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Telefono: \_\_\_\_\_

Mejor número de teléfono \_\_\_\_\_

**Nosotras queremos conocerte**

¿Cuál es tu color favorito? \_\_\_\_\_

Género musical o artista favorite \_\_\_\_\_

Tu lista de deseos número "1" \_\_\_\_\_

¿Qué te gusta picar? \_\_\_\_\_

**Por favor, marque los motivos principales de su visita de hoy**

Medicina regenerativa consultar para: \_\_\_\_ Hombro \_\_\_\_

Columna vertebral \_\_\_\_ Rodilla (s) \_\_\_\_ Otros \_\_\_\_ cadera

Bienestar sexual/ disfunción eréctil Consultar

Consulta de Estética \_\_\_\_ EMFACE \_\_\_\_ EXION

\_\_\_\_ BÓTOX/RELLENOS \_\_\_\_ Microneedling \_\_\_\_ restauración del

cabello \_\_\_\_ Otro (tratamientos faciales, esculpir el cuerpo)

CONTINUADO.....

\_\_\_ Consulta de Medicina Funcional/Nutrición

\_\_\_ Pérdida de peso médica (semaglutida)

\_\_\_ Pruebas hormonales/Bioidénticas (terapia hormonal)

\_\_\_ Examen quiropráctico/de columna vertebral

**Proporcione los detalles que desee (salte aquí y complete la página de "historia narrativa" si está aquí para medicina funcional o pruebas/terapia hormonal)**

---

---

---

---

---

---

---

**¿Ha tenido o tiene alguna de las siguientes condiciones o enfermedades? Por favor marque cualquiera que corresponda: Circule todo lo que corresponda**

Ansiedad    ansiedad    cirugía de rodilla    problemas

digestivos/intestino    cáncer    problemas intestinales/vejiga

fusiones (espinales/articulares)    problema del manguito

rotador    síndrome del túnel carpiano

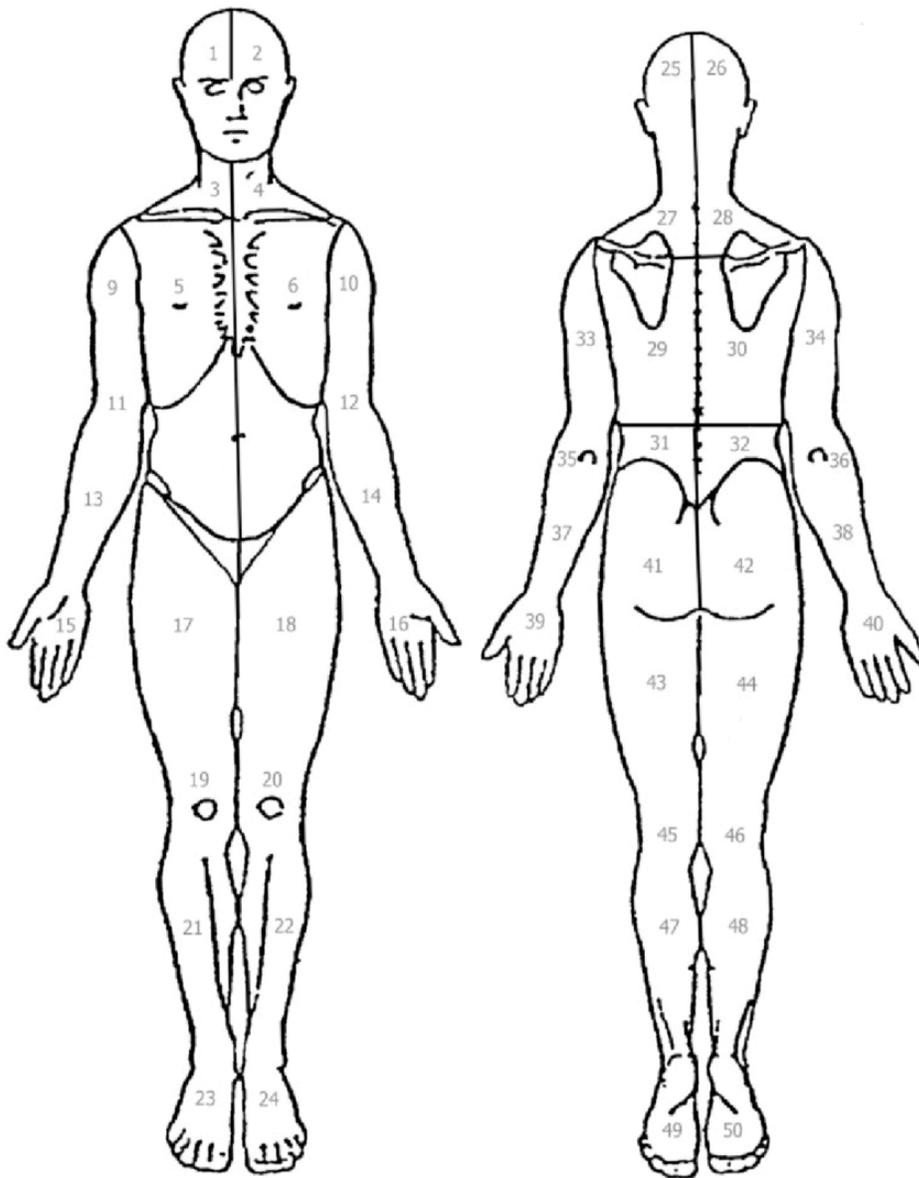
problema de vesícula biliar    Reemplazo de cadera

hipertensión    diabetes

Otro

---

Marque qué área(s) está teniendo dolor o molestia: MARQUE TODAS LAS QUE SE APLICAN A USTED  
**Encierre en un círculo los números que corresponden a los lugares donde tiene dolor o molestia**



En una escala entre 1 y 10 para el dolor: MARQUE sunivel promedio de dolor o incomodidad

**Wong-Baker FACES® Pain Rating Scale**



**0**

No duele  
 No Pain



**2**

Duele un poco  
 A Little Pain



**4**

Duele un poco más  
 A Little More Pain



**6**

Duele mucho  
 Even More Pain



**8**

Duele mucho más  
 A Whole Lot Of Pain



**10**

Demasiado dolor  
 Worst Pain

©1983 Wong-Baker FACES Foundation. www.WongBakerFACES.org  
 Used with permission.

**¿Estas tomando alguna medicación? Listarlos aquí.**

- 1) \_\_\_\_\_
- 2) \_\_\_\_\_
- 3) \_\_\_\_\_
- 4) \_\_\_\_\_
- 5) \_\_\_\_\_
- 6) \_\_\_\_\_
- 7) \_\_\_\_\_
- 8) \_\_\_\_\_
- 9) \_\_\_\_\_
- 10) \_\_\_\_\_

**Divulgación de información**

Usted está autorizado a divulgar cualquier información que considere apropiada con respecto a mi condición médica para cualquier compañía de seguros, abogado, ajustador o cualquier otra persona necesaria para usted para procesar cualquier reclamo de reembolso de los cargos incurridos por mí en Beyer Functional Wellness.

**Derecho a recibir el pago**

Autorizo y le asigno a usted, el proveedor médico, el derecho a recibir el pago directo de mi abogado, compañía de seguros o cualquier otra parte que se vio obligada a pagarme cualquier suma. Yo autorizo aprobación de mi nombre a cualquier borrador que contenga mi nombre al que usted tiene derecho legal. Yo instruyo y ordeno a mi Compañía de Seguros que pague con el cheque hecho enviado por correo directo a Beyer Functional Wellness.

**Cesión del derecho de demanda**

En el caso de que cualquier compañía de seguros, abogado o otra persona obligada a contractualizar acuerdo para hacerme el pago de sus cargos por servicio, se niega a realizar dicho pago a petición suya, por la presente le asigno y transfiero la causa de acción que existe en mi favor contra cualquier compañía, abogado o persona que lo autorice a procesar dicha acción. Ya sea en mi nombre o en su nombre y para que resuelva dicha reclamación como mejor le parezca. Entiendo que seguiré siendo responsable de cualquier saldo no cobrado o impago en mi cuenta.

**Dirección del Abogado**

Por la presente, instruyo a mi abogado a no interferir ni reclamar ningún gravamen sobre el pago médico. Beneficios a los que puedo tener derecho, ya sea mi seguro de salud o pago médico. Si alguna de dicha verificación de pago médico incluye el nombre de mi abogado, le ordeno a mi abogado que firme su nombre en estos cheques para el beneficio de Beyer Functional Wellness.

Imprimir nombre: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

**CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE PARA NOSOTROS Y / O DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA PARA LLEVAR A CABO OPERACIONES DE TRATAMIENTO, PAGO Y ATENCIÓN MÉDICA**

\_\_\_\_\_, por lo presente declaro que al firmar este consentimiento, reconozco y acepto lo siguiente:

1. El Aviso de privacidad de la Práctica me ha sido proporcionado antes de firmar este Consentimiento. El Aviso de Privacidad incluye una descripción completa de los usos y/o divulgaciones de mi información de salud protegida (PHI) necesaria para que la práctica me proporcione, y también necesaria para que la Práctica obtenga el pago por ese tratamiento y lleve a cabo sus operaciones de atención médica. La Práctica me explicó que el Aviso de Privacidad estará disponible para mí en el futuro a petición mía. La Práctica ha explicado además mi derecho a obtener una copia del Aviso de privacidad antes de firmar este Consentimiento, y me ha alentado a leer detenidamente el Aviso de privacidad antes de firmar este Consentimiento.
2. La Práctica se reserva el derecho de cambiar sus prácticas de privacidad que se describen en su Aviso de Privacidad, de conformidad con la ley aplicable.
3. Entiendo que, y doy mi consentimiento a, los siguientes recordatorios de citas que serán utilizados por la Práctica: a.) una postal enviada por correo a la dirección proporcionada por mí; y b.) llamar por teléfono a mi casa y dejar un mensaje en mi contestador automático o con la persona que contesta el teléfono.
4. La Práctica puede usar y/o divulgar mi PHI (que incluye información sobre mi salud o condición y el tratamiento que se me proporcionó) para que la Práctica me trate y obtenga el pago por ese tratamiento, y según sea necesario para que la Práctica realice sus operaciones específicas de atención médica.
5. Entiendo que tengo derecho a solicitar que la Práctica restrinja la forma en que se usa y /o divulga mi PHI para llevar a cabo operaciones de tratamiento, pago y / o atención médica. Sin embargo, la Práctica no está obligada a aceptar ninguna restricción que haya solicitado. Si la Práctica acepta una restricción solicitada, entonces la restricción es vinculante para la Práctica.
6. Entiendo que este Consentimiento es válido por (7) siete años. Además, entiendo que tengo el derecho de revocar este Consentimiento, por escrito, en cualquier momento para todas las transacciones futuras, con el entendimiento de que dicha revocación no se aplicará en la medida en que la Práctica ya haya tomado medidas en base a este consentimiento.
7. Entiendo que si revoco este consentimiento en cualquier momento, la Práctica tiene el derecho de negarse a tratarme.
8. Entiendo que si no firmo este Consentimiento que demuestre mi consentimiento a los usos y divulgaciones que se me describen anteriormente y que figuran en el Aviso de privacidad, entonces la Práctica no me tratará.

HE LEÍDO Y ENTIENDO EL AVISO ANTERIOR, Y TODAS MIS PREGUNTAS HAN SIDO RESPONDIDAS A MI ENTERA SATISFACCIÓN DE UNA MANERA QUE PUEDO ENTENDER.

\_\_\_\_\_  
Nombre del individuo

\_\_\_\_\_  
Firma del individuo

\_\_\_\_\_  
Firma de La Relación de Representante Legal  
(por ejemplo, abogado de hecho, tutor, padre si es menor de edad):

Fecha firmada: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

## **Política de cancelación de citas (no se presenta y no llame)**

Beyer Functional Wellness se compromete a brindar una atención excepcional. Desafortunadamente, cuando un paciente cancela sin dar suficiente aviso, evitan que otro paciente sea visto. **Llámenos o envíenos un mensaje de texto al (708) 478-0690 (texto: (708) 419-3265) antes de las 12:00 p.m. el día anterior a su cita programada para notificarnos de cualquier cambio o cancelación.**

Si no se da una notificación previa, se le cobrará \$ 25.00 por la cita perdida.

Para los pacientes de medicina regenerativa que ven a nuestra enfermera practicante, requerimos 1 (una) semana de aviso para notificarnos de cualquier cambio o cancelación.

Si no se da una notificación previa, se le cobrará \$ 75.00 por la cita perdida.

Por favor, firme a continuación que comprende los términos de la política.

\_\_\_\_\_  
Nombre de impresión y firma del cliente  
(El padre/tutor del cliente si es menor de 18 años)

\_\_\_\_\_  
Fecha de hoy

-----  
Personal de BFW \_\_\_\_\_