



Natural Remedies
 Dr. Borislava Johnson, B.C.N.D.
 11078 Regency Green
 Cypress, TX 77429
 832-588-8863
 www.naturalremedies.com

IN:
DOB:

Paquete de Información Para Nuevos Clientes

Nombre Legal: _____ Fecha: _____

Nombre Preferido: _____ Correo electrónico: _____

Genero: Femenina Masculino Estado Civil: _____ Fecha de nacimiento: _____

Numero de teléfono de casa: _____ Celular: _____

Dirección: _____ Numero de apto.: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Nombre del contacto de emergencia: _____

Numero de teléfono: _____ Relación con el/la cliente: _____

Ocupación del cliente: _____

Como escuchó de nosotros? _____

Debido a la posibilidad de interacciones entre medicamentos y / o suplementos, liste **TODOS** los medicamentos y vitaminas / suplementos (recetados y de venta libre) que está tomando **ACTUALMENTE**:

Nombre de medicamento/suplemento(s)	Dosis	Ultima tomada
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		
10.		

¿Toma probióticos? (Como yogur o cualquier otra enzima oral que restaure las bacterias al cuerpo): **SI / NO**

¿Cómo se toman los probióticos? (pastillas, líquido, con comida) : _____

Nombre cualquier alergia (medicamentos, ambiental, alimentaria, etc.) que tenga, si es que tiene alguna.

- | | |
|----------|----------|
| 1. _____ | 3. _____ |
| 2. _____ | 4. _____ |

IN: DOB:

Liste los médicos actuales/recientes que está consultando:

Nombre del médico	Especialidad	Numero de teléfono	Ultima vez visto

Liste las condiciones y preocupaciones médicas **ACTUALES**:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

Cuáles son sus objetivos para la consulta de hoy? _____

Solo mujeres: Fecha de su último ciclo menstrual _____ Estas embarazada actualmente? SI / NO

En el último año, ¿qué otras afecciones (no mencionadas anteriormente) le ha tratado un médico? _____

Indique cualquier otro problema de salud / hospitalizaciones anteriores: _____

de evacuaciones intestinales por día: _____ ¿Experimenta gases / hinchazón regularmente? SI / NO

¿Utiliza con frecuencia alguno de los siguientes? (marque TODOS los que se apliquen a usted)

- Aspirina Laxantes Antiácidos Píldoras de dieta pastillas anticonceptivas / implantes / inyecciones

Alcohol – tipo _____ cantidad: por día _____ por semana _____

Tabaco (incluido el vapeo) - tipo _____ cantidad: por día _____ por semana _____

Cafeína – tipo _____ cantidad: por día _____ por semana _____

Drogas recreativas (incluido el vapeo) - tipo _____ frecuencia: _____

¿Le hacen pruebas de detección periódicas realizadas por otro médico (Papanicolaou, análisis de sangre, etc.)? SI / NO

Tiene usted algunas restricciones en su dieta? _____

¿Comes comidas caseras? SI / NO

de veces por semana que come fuera: _____

¿Cuántas horas duermes por la noche? _____

IN:
DOB:

¿Te despiertas durante la noche? SI / NO Si es así, ¿con qué frecuencia y motivo? _____

Dieta: Vegana Vegetariana Flexitariana Paleo Keto Otra _____

Por favor liste lo que come en un día típico:

Desayuno: _____

Almuerzo: _____

Cena: _____

Meriendas: _____

Bebidas: _____

¿Hace ejercicio con regularidad? SI / NO En caso afirmativo: ¿qué tipo de ejercicio, con qué frecuencia y con qué intensidad? _____

¿Cómo describiría el clima emocional de su hogar? _____

¿Qué tan estresante es su trabajo y otros aspectos de su vida? _____

¿Sus niveles de estrés? (Marque uno) Bajo Medio Alto

¿Qué tan bien maneja su estrés? _____

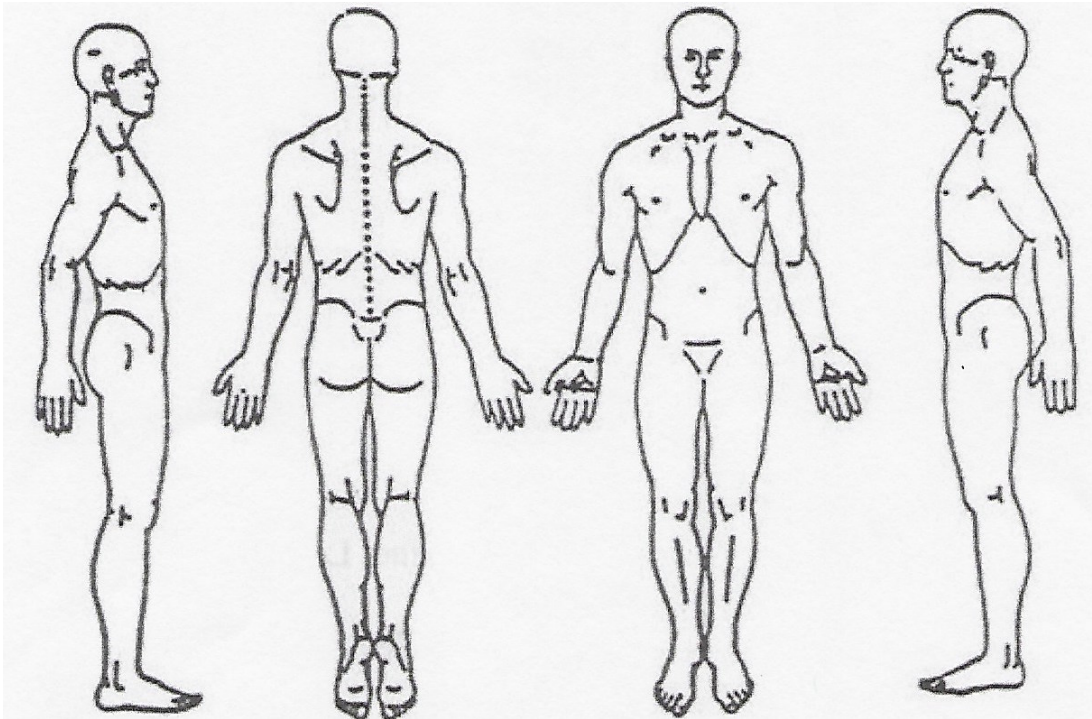
¿Está expuesto regularmente a toxinas y otros peligros (trabajo, hogar, pasatiempos, etc.)? Por favor describa.

Historia Familiar:

Indique si un pariente cercano (padre / hijo / hermano) ha tenido alguno de los siguientes: ¿Quién?

Condiciones:	Quien? (ejemplo: padre, hijo, hermano(a), etc.)	Condition:	Quien? (ejemplo: padre, hijo, hermano(a), etc.)
Alergias		Artritis	
Asma		Cardiopatía	
Cancer		Diabetes	
Hipertensión		Condición de la tiroides	
Nefropatía		Depresión	
Otra enfermedad mental		Otro	
Abuso de Drogas/alcohol		Otro	

Indique a continuación dónde tiene inquietudes:



Encierre en un círculo el número a continuación, que indica el nivel de dolor:

(No síntomas) 1—2—3—4—5—6—7—8—9—10 (Síntomas extremos)

Marque las siguientes condiciones que se aplican a usted, pasadas y presentes. Agregue comentarios para aclarar si es necesario.

CUERPO COMPLETO

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Cambio de peso | <input type="checkbox"/> Fiebre/escalofríos | <input type="checkbox"/> Debilidad |
| <input type="checkbox"/> Fatiga | <input type="checkbox"/> Sudor/sudores nocturnos | <input type="checkbox"/> Cambio en apetito |
| <input type="checkbox"/> Sangra/se magulla facilmente | <input type="checkbox"/> Cambios en el sueño | |

Comentarios: _____

OJOS

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Gafas de visión | <input type="checkbox"/> Visión Borrosa | <input type="checkbox"/> Dolor |
| <input type="checkbox"/> Descarga ocular | <input type="checkbox"/> Sequedad | <input type="checkbox"/> Glaucoma |
| <input type="checkbox"/> Cataratas | <input type="checkbox"/> Orzuelos | <input type="checkbox"/> Oscuro debajo del párpado |

Comentarios: _____

OÍDOS, NARIZ, BOCA, GARGANTA

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Tinnitus (zumbido en los oídos) | <input type="checkbox"/> Disminución de la audición | <input type="checkbox"/> Goteo postnasal |
| <input type="checkbox"/> Sangrado | <input type="checkbox"/> Obstrucción | <input type="checkbox"/> Úlceras de boca |
| <input type="checkbox"/> Problema de dientes | <input type="checkbox"/> Ronquera | <input type="checkbox"/> Problema de gusto |
| <input type="checkbox"/> Pólipos nasales | <input type="checkbox"/> Dolor de garganta | <input type="checkbox"/> Enfermedad del las encías |

Comentarios: _____

IN: DOB:

CUELLO

- Rigidez Glándulas inflamadas

Comments: _____

CARDIOVASCULAR

- Palpitaciones Dolor Chest Pain
 Edema (Hinchazón) Hipertensión Presión arterial baja
 Arritmias Fiebre reumática

Comentarios: _____

RESPIRATORIO

- Disnea (Dificultad para respirar) Sibilancias Tos
 Espujo (tos) Dificultad para respirar Tuberculosis
 Bronquitis Neumonía Asma

Comentarios: _____

GASTROINTESTINAL

- Apetito Dolor Indigestión
 Dificultad para tragar Ictericia Sangre en las heces
 Estreñimiento Malestar anal Náusea
 Vómito Diarrea Acidez
 Hinchazón Pancreatitis Hemorroides
 Enfermedad de la vesícula Enfermedad del hígado

Comentarios: _____

GENITOURINARIO (GENITAL & URINARIO)

- Dolor al orinar Micción nocturna Sangre en la orina
 Micción frecuente

Comentarios: _____

MUSCULOESQUELÉTICO

- Trauma Hinchazón Dolor
 Artritis Temblores Rigidez

Comentarios: _____

NEUROLOGICÓ

- Desmayos Convulsiones Sensaciones
 Coordinación Habla Túnel carpiano
 Convulsiones Ciática Parálisis

Comentarios: _____

PSYCHIÁTRICO

- Pérdida de memoria Cambios de humor Patrón de sueño
 Ansiedad Depresión Fobia
 Abuso de drogas/alcohol Suicida Ira/Irritabilidad

Comentarios: _____

IN:
DOB:

ENDOCRINO

- Bocio
- Intolerancia al calor/frío
- Tremblores
- Terapia Hormonal

Comentarios: _____

HEMATOLOGICO/LINFÁTICO

- Anemia
- Ganglios linfáticos agrandados
- Tendecia hemorrágica
- Transfusión

Comentarios: _____

ALÉRGIA/INMUNOLÓGICOS

- Urticaria
- Fiebre del heno
- Alergias estacionales

Comentarios: _____

CABEZA

- Dolores de cabeza
- Pérdida de cabello
- Trauma/ lesión de la cabeza
- Caspa
- Migraña
- Aceitosa

Comentarios: _____

PIEL

- Picazón
- Cáncer
- Verrugas/lunares
- Sarpullido
- Cambio de color
- Psoriasis/eccema
- Bultos

Comentarios: _____

HOMBRES SOLAMENTE

- Dolor/hinchazón testicular
- Hernia
- Enfermedad/síntomas de la próstata

Comentarios: _____

MUJERES SOLAMENTE

- Masas mamarias
- Calambres menstruales
- Vaginitis
- Dolor durante relaciones sexuales
- Dolor en los senos
- Papanicolaou anormal
- Sangrado menstrual abundante
- Secreción del pezón
- Vagina Seca
- Dolor menstrual

Comentarios: _____

ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

- Sífilis
- Clamidia
- Gonorrea
- Herpes
- Llagas/Secreción

Comentarios: _____

¿Hay algo que considere importante que no se haya cubierto? _____

¿Qué consulta preferiere hoy? (Por favor marque uno)

- Consulta (hasta 30 mins + Escaneo de Bienestar) \$150.00** **Consulta (hasta 1 ½ hrs + Escaneo de Bienestar) \$225.00**

Por favor, marque cualquier escaneo de ZYTO **adicional** que desee hoy.

- Today's Immunity** **\$175.00**
Los seis componentes principales de un sistema inmunológico saludable son el sistema gastrointestinal, el sistema inmunológico, el sistema linfático, el sistema respiratorio, el estrés mental / emocional y el sueño. Estos seis componentes se miden más de cerca para ayudar a determinar qué áreas de inmunidad pueden necesitar más apoyo
Tiempo estimado: 5 minutos
- Lifestyle** **\$250.00**
Los cuatro sistemas centrales del cuerpo consisten en el sistema de desintoxicación, el sistema gastrointestinal, el sistema hormonal / endocrino y el sistema inmunológico. Para mantener una vida saludable, los cuatro sistemas deben estar equilibrados. El escaneo de estilo de vida determina qué categorías deben corregirse para cumplir con este objetivo.
Tiempo estimado: 25 minutos
- Digestive** **\$150.00**
El sistema digestivo tiene una gran influencia en el funcionamiento del cuerpo y la mente. Debido a que hay millones de neuronas en el revestimiento del estómago, a menudo se hace referencia al estómago como el "segundo cerebro" del cuerpo. El escaneo digestivo comienza con el escaneo de los factores estresantes digestivos primarios en el cuerpo y puede identificar datos personalizados sobre la salud de su estómago.
Tiempo estimado: 15 minutos
- Wellness** **\$150.00**
Se realiza una exploración de bienestar para darnos una idea general de lo que está sucediendo en el cuerpo. Mide todas las biocomunicaciones de los diferentes componentes que componen nuestro cuerpo, lo que proporciona información sobre su bienestar personal y ayuda a determinar un punto de partida para alinear y equilibrar el cuerpo.
Tiempo estimado: 7 minutos
- Foods for Wellness** **\$125.00**
Una dieta que sea óptima para uno, puede no serlo para otro. Este escaneo aborda la bioindividualidad de todos y muestra a qué tiene su cuerpo una respuesta de coherencia o incoherencia biológica. NO es un escaneo de alergias o toxinas, pero puede ayudarlo a guiar sus elecciones futuras de dieta y nutrición.
- Hormones** **\$100.00**
Las hormonas, de hecho, no solo controlan el sistema reproductivo, sino que son necesarias para muchas otras funciones físicas, mentales y emocionales. El escaneo de hormonas aborda las hormonas más desequilibradas, lo que también ayudará a mejorar o mantener su salud en general.
- Vitamins & Minerals** **\$100.00**
Aborda las vitaminas y minerales que se encuentran actualmente en su cuerpo y a cuál su cuerpo responde mejor.

***Consulta para clientes establecidos: \$75.00**

IN: DOB:

El estado de Texas no permite que los ND (médicos naturópatas) receten medicamentos farmacéuticos en este momento, aunque es legal en otros estados. En Texas, los médicos naturópatas no pueden "diagnosticar" ni "tratar" una enfermedad legalmente. Sin embargo, podemos trabajar con usted para mejorar su salud y bienestar en general. Debido a la falta de licenciamiento en Texas para naturópatas, la mayoría de los seguros de salud no cubren servicios de naturopatía / holísticos, medicamentos homeopáticos y / o suplementos. Tenga en cuenta que, si elige usar una Cuenta de Gastos Flexibles o una Cuenta de Ahorros para la Salud (FSA/HSA) de parte de su empleador, no somos responsables si deciden no cubrir los servicios de naturopatía / holísticos, medicamentos homeopáticos y / o suplementos.

Yo, _____, entiendo que no puedo responsabilizar a Natural Remedies si pago con mi HSA o FSA por cualquier servicio prestado y / o cualquier compra realizada en Natural Remedies.

Nombre legal completo del cliente (en letra de imprenta)

Firma del cliente / tutor legal

Fecha

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DE HIPAA

Este aviso entra en vigencia a partir del 19 de agosto de 2020.

Tenga en cuenta: podemos cambiar los términos de este aviso y los cambios se aplicarán a toda la información que tenemos sobre usted. El nuevo aviso estará disponible a pedido, en nuestra oficina.

Desde 1996 se han aplicado ciertas leyes con respecto a la privacidad de los registros médicos (Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico) o HIPAA. Según la ley, ahora estamos obligados a notificarle esto, por lo que aquí hay una versión corta de estas regulaciones para usted, para su conveniencia. El aviso de privacidad está disponible para que lo lea.

Este Aviso de prácticas de privacidad describe las formas en que la ley nos permite usar su información médica protegida (registros médicos) o PHI mientras trabajamos con usted para mejorar su salud y bienestar en general, pagos y otras operaciones de atención médica y para otros fines permitidos o requeridos por la ley. También describe sus derechos para acceder y controlar su PHI. Estamos obligados a cumplir con estas reglas de privacidad.

De acuerdo con las leyes de privacidad, su médico o proveedor de atención médica utilizará su PHI como siempre lo ha hecho para trabajar con usted para mejorar su salud y bienestar general, pagos u otras operaciones de atención médica. Además, también podemos divulgar su PHI de vez en cuando a otros médicos o proveedores de atención médica que participen en su atención. Su PHI se utilizará, según sea necesario, para que podamos obtener pagos por nuestros servicios. En caso de que se utilicen las hojas de registro de recepción en las que se le pedirá que firme su nombre y lo llamaremos por su nombre en la sala de espera cuando su médico esté listo para atenderlo. También podemos utilizar su PHI cuando sea necesario para comunicarnos con usted en relación con su cita. Compartiremos su PHI con socios comerciales que nos brindan servicios. Podría incluir servicios de facturación o servicios de transcripción. También están obligados a mantener la confidencialidad.

Su PHI podría usarse para brindarle información sobre formas alternativas de mejorar su salud u otros beneficios y servicios relacionados con la salud que puedan ser de su interés. Otros usos o divulgaciones se realizarán solo con su autorización por escrito, a menos que la ley permita o exija lo contrario. Puede revocar esta autorización en cualquier momento, por escrito.

A menos que se oponga, podemos revelar (con su consentimiento firmado) a un miembro de su familia, un amigo cercano u otra persona que elija, partes de su PHI que se relacionan con la participación de esa persona en su atención médica. Si no puede aceptar u objetar esto, como emergencia, su médico intentará obtener su consentimiento lo antes posible. Podemos divulgar su PHI para cumplir con las leyes de compensación laboral. Si es un preso, podemos divulgar la información necesaria al personal de la institución.

Tiene derecho a inspeccionar y copiar su PHI excepto por ciertas limitaciones de la ley federal. También puede pedirnos que no divulguemos su PHI o el motivo por el que visitó al Dr. Johnson, el pago o las operaciones de atención médica, y que no se divulgue a los

miembros de su familia. Esto debe ser específico y por escrito. Sin embargo, su médico no está obligado a aceptar tales restricciones si cree que no es lo mejor para usted. Puede solicitar que se modifique su PHI. También tiene derecho a saber a quién le hemos revelado su información si no es para la atención, el pago o las operaciones de atención médica.

Tiene derecho a recibir una copia impresa de este aviso si lo solicita. Puede presentar una queja ante nosotros o ante el Secretario de Salud y Servicios Humanos si cree que hemos violado sus derechos de privacidad. No tomaremos represalias contra su presentación de dicha queja.

HE LEÍDO Y COMPRENDIDO EL AVISO DE PRIVACIDAD

Nombre legal completo del cliente (en letra de imprenta)

Firma del cliente / tutor legal Fecha

INDIVIDUOS / INDIVIDUOS LISTADOS A CONTINUACIÓN ESTÁN AUTORIZADOS PARA RECIBIR INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE EL CLIENTE ANTERIOR:

Esposo(a): _____

Hijo(a): _____

Otro(a): _____

Nombre legal completo del cliente (en letra de imprenta)

Firma del cliente / tutor legal Fecha

Formulario de Consentimiento de Información Médica del Cliente

Queremos que sepa cómo se utilizará su información médica protegida (PHI) en esta oficina y sus derechos con respecto a esos registros. Antes de comenzar cualquier operación de atención médica, debemos solicitarle que lea y firme este formulario de consentimiento indicando que comprende y está de acuerdo con cómo se utilizarán sus registros. Si desea tener una descripción más detallada de nuestras políticas y procedimientos con respecto a la privacidad de su información médica protegida, le recomendamos que lea el AVISO HIPAA que está disponible para usted en la recepción antes de firmar el consentimiento.

1. El cliente comprende y acepta permitir que Natural Remedes utilice su Información de salud protegida (PHI) para fines de atención, pago, operaciones de atención médica y coordinación de la atención. A modo de ejemplo, el paciente acepta permitir que esta oficina naturista envíe la PHI solicitada a la Compañía (o compañías) de seguros médicos que nos proporcionó el paciente con el fin de realizar el pago. Tenga la seguridad de que Natural Remedes limitará la divulgación de toda la PHI al mínimo necesario para lo que las compañías de seguros requieren para el pago.
2. El cliente tiene derecho a examinar y obtener una copia de sus propios registros médicos en cualquier momento y solicitar correcciones. El cliente puede solicitar saber qué divulgaciones se han realizado y enviar por escrito cualquier restricción adicional sobre el uso de su PHI. Nuestra oficina no está obligada a aceptar esas restricciones.
3. El consentimiento por escrito del cliente solo debe obtenerse una vez para toda la atención posterior que se le brinde al cliente en esta oficina.
4. El cliente puede proporcionar una solicitud por escrito para revocar el consentimiento en cualquier momento durante la atención. Esto no afectaría el uso de esos registros para la atención brindada antes de la solicitud por escrito para revocar el consentimiento, pero se aplicaría a cualquier atención brindada después de que se haya presentado la solicitud.
5. Para su seguridad y derecho a la privacidad, todo el personal ha sido capacitado en el área de la privacidad de los registros del cliente, y se ha designado a un funcionario de privacidad para hacer cumplir esos procedimientos en nuestra oficina. Hemos tomado todas las precauciones que conoce esta oficina para asegurarnos de que sus registros no estén disponibles para quienes no los necesiten.
6. Los clientes tienen derecho a presentar una queja formal ante nuestro funcionario de privacidad sobre cualquier posible violación de estas políticas y procedimientos.
7. Si el cliente se niega a firmar este consentimiento con el propósito de atención, pago y operaciones de atención médica, Natural Remedes tiene derecho a negarse a brindar atención.
8. De vez en cuando podemos enviarle tarjetas o cartas de cumpleaños, usar su nombre en una lista de cumpleaños o usar su nombre en un tablero de referencias en nuestra oficina. Con su firma a continuación, nos ha dado permiso para hacerlo.
9. Podemos cambiar los términos de este aviso y los cambios se aplicarán a toda la información que tenemos sobre usted. El nuevo aviso estará disponible a pedido, en nuestra oficina.

I have read and understand how my Protected Health Information will be used and I agree to these policies and procedures.

Nombre legal completo del cliente (en letra de imprenta)

Firma del cliente / tutor legal

Fecha

Natural Remedes

Dr. Borislava Johnson, B.S.N.D.
11078 Regency Green Dr.
Cypress, TX 77429
832-588-8863
www.naturalremedes.com

Autorización Para Recoger Suplementos

Nombre del Cliente: _____
(En letra de imprenta)

Para proteger la privacidad de nuestros clientes, Natural Remedes solo entregará suplementos a familiares, socios o amigos con su consentimiento firmado. Si desea autorizar a alguien a elegir sus suplementos para cualquier fecha futura, complete la información a continuación para nuestros registros.

Por favor liste a continuación el nombre de cualquier persona que desee autorizar a recoger cualquier suplemento recomendado por el Dra. Johnson.:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

Firma del cliente: _____ Fecha: _____

Aviso: Este formulario de permiso solo autoriza la divulgación de suplementos a otra (s) persona (s), no la divulgación de su información médica.