

# SHS Nutrition, LLC

## Formulario de Inscripción

### **Información del Paciente:**

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Dirección de Envío: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono de Casa: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Teléfono Móvil: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Dirección de Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Años: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_ Empleador: \_\_\_\_\_

### **Información del Seguro:**

**Primario** - Compañía de Seguros: \_\_\_\_\_

Carné de Identidad: \_\_\_\_\_

Nombre del Asegurado Primario: \_\_\_\_\_ Relación con el Asegurado: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento del Asegurado Primario: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**Secundario (si corresponde)** - Compañía de Seguros: \_\_\_\_\_

Carné de Identidad: \_\_\_\_\_

Nombre del Asegurado Secundario: \_\_\_\_\_ Relación con el Asegurado: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento del Asegurado Secundario: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

### **Información del Médico:**

#### **Médico Primario**

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

#### **Médico Referente**

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

*¿Cómo se enteró de SHS Nutrition?* \_\_\_\_\_

# SHS Nutrition, LLC

## Pago de Seguro y Autorización de Divulgación de Información

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

Compañía de Seguro: \_\_\_\_\_

Carné de Identidad de Seguro: \_\_\_\_\_

Yo, \_\_\_\_\_, autorizar el pago de beneficios médicos a SHS Nutrition, LLC por los servicios que me prestaron. Además, autorizo la divulgación de cualquier información médica u otra información necesaria para procesar reclamos de beneficios médicos. Entiendo que, independientemente de la cobertura de mi seguro, soy responsable del pago de todas las tarifas por los servicios que me prestan. Si, por alguna razón, mi compañía de seguros no paga ninguna tarifa, entiendo que debo pagar las siguientes tarifas: \$175.00 para la cita inicial, \$65.00 por cada cita de seguimiento de 30 minutos, y \$125.00 por cada cita de seguimiento de 60 minutos. Cuando corresponda, pagaré copagos, pagos de coseguro y deducibles en el momento del servicio o después. Una vez que se presta el servicio, no se otorgan reembolsos ni créditos.

Soy totalmente responsable de pagar SHS Nutrition, LLC todos los montos que declara mi compañía de seguros se aplican a montos que exceden los beneficios y los máximos de por vida, coseguros, coordinación de beneficios, copagos, deducibles, cláusulas de condiciones preexistentes y similares. Las notas médicas creadas por el dietista registrado después de la cita no se enviarán al médico correspondiente hasta que haya pagado la cantidad total de la que soy responsable de la visita.

Soy totalmente responsable de pagar el cargo total facturado si los siguientes casos: (1) No obtengo las referencias requeridas por mi compañía de seguros o (2) Mi seguro cambia o finaliza y no notifico SHS Nutrition, LLC antes de que se preste cualquier servicio.

Si no paga una factura que me envió dentro de los 30 días posteriores a la fecha de la factura, se generará un \$20.00 cargo del pago atrasado. Cualquier pago realizado directamente a mí o a mis dependientes debido a SHS Nutrition, LLC será remitido de inmediato, pagadero a "SHS Nutrition, LLC".

Entiendo que seré completamente responsable del pago de los honorarios de abogados, costos de cobro y costos judiciales que SHS Nutrition, LLC incurre en cobrar los montos adeudados.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Fecha

## Confirmación de Recibo de Aviso de Privacidad

He recibido y revisado el Aviso de Privacidad de la Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro de Salud (HIPAA) de SHS Nutrition, LLC\*.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Fecha

\*El aviso de privacidad HIPAA de SHS Nutrition, LLC se puede encontrar en [www.shsnutrition.com/patient-forms/](http://www.shsnutrition.com/patient-forms/).

# SHS Nutrition, LLC

---

## **Política de No Presentación**

***SHS Nutrition, LLC le cobrará una tarifa de no presentación de \$ 60.00 en los siguientes casos: (1) Su cita no se cancela dentro de las 24 horas de la hora programada para su cita.\* (2) Usted confirma su cita pero no la muestra.\*\**** Ninguna cita programada por SHS Nutrition, LLC tendrá doble reserva. Se agradece cuando informa a SHS Nutrition, LLC de cualquier cancelación necesaria antes de la hora de su cita. Si por alguna razón tiene que cancelar su cita, comuníquese con SHS Nutrition, LLC lo antes posible mediante una de las siguientes formas de comunicación: correo electrónico ([appointments@shsnutrition.com](mailto:appointments@shsnutrition.com)), llamada telefónica (732-395-1282) o mensaje de texto (732-395-1282).

Si hay una tarifa de no presentación en su cuenta, no podrá programar otra cita con SHS Nutrition, LLC hasta que se pague la tarifa de no presentación. Una vez que se paga la tarifa de no presentación, los servicios prestados a usted pueden reanudarse. La tarifa se puede pagar por teléfono con una tarjeta de crédito o débito (732-395-1282) o por correo con un cheque pagadero a "SHS Nutrition, LLC".

He leído la política de no presentación de SHS Nutrition, LLC y seré totalmente responsable del pago de las tarifas de no presentación que se carguen en mi cuenta.

---

Firma del Paciente

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Fecha

\*Por ejemplo, un paciente tiene una cita a las 3:00pm del 21 de octubre. No se cobrará una tarifa por no presentarse si la cita se cancela antes de las 3:00 del 20 de octubre. Si la cita se cancela entre las 3:00pm del 20 de octubre y las 3:00pm del 21 de octubre, se le cobrará al paciente una tarifa de no presentación de \$60.00.

\*\*Una tarifa de no presentación cobrada en este caso queda a discreción de Sara Shama, R.D. y Ann Espinoza, R.D..

# SHS Nutrition, LLC

## Historial Médico y Estilo de Vida del Paciente

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### General

¿Cuándo fue la fecha de su último análisis de sangre? \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

*Por favor envíenos una copia de sus resultados o solicite a su médico nos envíe una copia.*

Indique los detalles de todos los medicamentos, vitaminas, remedios, suplementos a base de hierbas y similares que esté tomando:

Nombre	Fecha de Inicio	Dosis	Frecuencia	Motivo de Medicamento

Indique cualquier alergia y sus reacciones a cualquier medicamento, comida u otras sustancias: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Es intolerante a la lactosa?  Sí o  No

¿Está en una dieta restringida de líquidos?  Sí o  No

¿Tiene dificultad para masticar o tragar alimentos?  Sí o  No

Cuéntenos sobre cualquier otra restricción dietética: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Has tenido recientemente?:  Aumento de peso anormal  Pérdida de peso anormal

# SHS Nutrition, LLC

## Historial Médico

¿Tiene alguna de las condiciones médicas enumeradas a continuación? Por favor marque todos los que apliquen:

- |   |   |  |  |   |
|---|---|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Anemia:<br>Hierro or B12   | <input type="checkbox"/> Angioplastia                         | <input type="checkbox"/> Anorexia                  | <input type="checkbox"/> Artritis                            | <input type="checkbox"/> Asma                   |
| <input type="checkbox"/> Cirugía Bariátrica:<br>Bypass Gástrico, Banda de<br>Regazo, Manga Gástrica | <input type="checkbox"/> Bulimia                              | <input type="checkbox"/> Cáncer                    | <input type="checkbox"/> Enfermedad<br>Celíaca               | <input type="checkbox"/> Depresión,<br>Ansiedad |
| <input type="checkbox"/> Diabetes:<br>Tipo 1 or Tipo 2  | <input type="checkbox"/> Fibromialgia                         | <input type="checkbox"/> Cálculos Biliares         | <input type="checkbox"/> ERGE                                | <input type="checkbox"/> Gota                   |
| <input type="checkbox"/> Ataque al Corazón  | <input type="checkbox"/> Cirugía de<br>Derivación<br>Cardíaca | <input type="checkbox"/> Enfermedad del<br>Corazón | <input type="checkbox"/> Alta Presión<br>Sanguínea           | <input type="checkbox"/> Colesterol Alto        |
| <input type="checkbox"/> Triglicéridos Altos  | <input type="checkbox"/> Hipertiroidismo                      | <input type="checkbox"/> Hipotiroideo              | <input type="checkbox"/> Síndrome del<br>Intestino Irritable | <input type="checkbox"/> Cálculos Renales       |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad del Hígado  | <input type="checkbox"/> Enfermedad<br>Pulmonar               | <input type="checkbox"/> Esclerosis<br>Múltiple    | <input type="checkbox"/> Osteoporosis                        | <input type="checkbox"/> Marcapasos             |
| <input type="checkbox"/> Síndrome de Ovario<br>Poliquístico   | <input type="checkbox"/> Enfermedad<br>Renal                  | <input type="checkbox"/> Apnea del Sueño           | <input type="checkbox"/> Carrera                             | <input type="checkbox"/> Úlcera                 |

¿Su padre, hermano o hijo antes de la edad de 55 años debido a problemas relacionados con el corazón?

Sí o  No

¿Su madre, hermana o hija antes de la edad de 55 años de problemas relacionados con el corazón?

Sí o  No

¿Algún miembro de su familia inmediata tiene sobrepeso o es obeso?  Sí o  No

¿Si es así, quién (padre, madre, hermano, hermana, hijo)?: \_\_\_\_\_

¿Usted o alguno de los miembros de su familia ha tenido cirugía bariátrica?  Sí o  No

En caso afirmativo, ¿quién y qué cirugía tuvieron? \_\_\_\_\_

En su mente, ¿siente que tuvieron éxito?  Sí o  No

Si no, ¿por qué? \_\_\_\_\_

# SHS Nutrition, LLC

---

¿Está considerando la cirugía bariátrica?  Sí o  No

Si tiene diabetes, ¿cómo la controla?

Usar dieta  Usar inyecciones de insulina  Usar medicamentos orales  No lo controles

¿Cuál es su nivel de glucosa en ayunas?  \_\_\_\_\_ o  No se

¿Cuál es su nivel de Hba1c?  \_\_\_\_\_ o  No se

## Abuso de Sustancias

¿Cuánto fumas?

Cigarrillos: \_\_\_\_\_ paquetes por día durante \_\_\_\_\_ años

Otro (por favor liste): \_\_\_\_\_ veces por semana

¿Cuánto hace que renunciaste? \_\_\_\_\_ años y \_\_\_\_\_ meses

En promedio, ¿cuánto bebe (proporcione el número de bebidas por semana)?

Cerveza: \_\_\_\_\_ Vino: \_\_\_\_\_ Espiritu: \_\_\_\_\_

¿Con qué frecuencia consume drogas recreativas o medicamentos recetados con una frecuencia mayor a la recomendada por su médico? \_\_\_\_\_

---

## Salud Mental

¿Cuáles son fuentes importantes de estrés en su vida?

Relaciones Familiares  Problemas de Salud  Alojamiento  Problemas Legales  
 Problemas de Dinero  Problemas de Trabajo  Otro (Describir: \_\_\_\_\_)

¿Qué hace para aliviar el estrés? \_\_\_\_\_

---

¿Con qué frecuencia caracterizaría su nivel de estrés como alto?

Nunca  Raramente  A veces  A menudo  Casi Siempre  Siempre

¿Alguna vez hace lo siguiente?

*Me vuelvo a la comida cuando estoy estresado o molesto.*  Sí o  No

*Pienso mucho en la comida.*  Sí o  No

*Me siento fuera de control con mi comida.*  Sí o  No

# SHS Nutrition, LLC

*Como excesivamente.*  Sí o  No

*Como cuando no tengo hambre físicamente.*  Sí o  No

*La comida me ayuda a lidiar con mis sentimientos.*  Sí o  No

*Me siento en control cuando restrinjo mi alimentación.*  Sí o  No

*Me siento deprimido.*  Sí o  No

*Me siento ansioso.*  Sí o  No

¿Se ve actualmente con un terapeuta?  Sí o  No

En caso afirmativo, proporcione el nombre y la información de contacto: \_\_\_\_\_

¿Tiene alguna otra condición médica de la que le gustaría contarnos? \_\_\_\_\_

Describa su peso actual: \_\_\_\_\_

¿Qué tan satisfecho está con la forma en que ve este peso? \_\_\_\_\_

¿Cuánto pesa ahora? \_\_\_\_\_

¿Cuánto pesaste? Hace 3 meses: \_\_\_\_\_ Hace 6 meses: \_\_\_\_\_ Hace 1 año: \_\_\_\_\_

¿Cuál es su peso corporal adulto más bajo? \_\_\_\_\_

¿Cuánto años tenías? \_\_\_\_\_ años

¿Cuál es su peso corporal adulto más alto? \_\_\_\_\_

¿Cuánto años tenías? \_\_\_\_\_ años

¿Cuáles crees que son algunos de los factores que contribuyen a su peso? \_\_\_\_\_

¿En qué peso se has sentido mejor o cree que se sentiría mejor? \_\_\_\_\_

¿Cuánto peso le gustaría?:  Perder: \_\_\_\_\_ o  Ganar: \_\_\_\_\_

¿Siente que su peso afecta sus actividades diarias?  Sí o  No

# SHS Nutrition, LLC

En caso afirmativo, ¿cómo? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Qué programas de pérdida de peso, físico y estilo de vida has probado en el pasado? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Qué suele salir mal con sus programas de pérdida de peso o cambio de estilo de vida? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Del 1 al 10, ¿qué tan comprometido está para hacer un cambio? \_\_\_\_\_

¿Cuáles son algunos obstáculos potenciales que pueden obstaculizar su éxito? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

En el último mes, ¿cuántas veces hizo ejercicio? \_\_\_\_\_

¿Actualmente perteneces a un gimnasio?  Sí o  No

En caso afirmativo, ¿cuál es el nombre y la ciudad en la que se encuentra? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## La Salud de la Mujer

¿Está embarazada?  Sí o  No

¿Está en la perimenopáusicas o la menopáusicas?  Sí o  No

## Notas Adicionales: