

SHS Nutrition, LLC

Formulario de Inscripción

Información del Paciente:

Nombre del Paciente: _____ Fecha: ____ / ____ / ____

Nombre de los Padres: _____

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/.

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), 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 Pediátrico

Nombre: _____ Fecha: ____/____/____

General

¿Cuándo fue la fecha del último análisis de sangre de su hijo? ____/____/____

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 herbales y similares que tome su hijo:

Nombre	Fecha de Inicio	Dosis	Frecuencia	Motivo de Medicamento

Haga una lista de las alergias y/o reacciones que su hijo tiene a cualquier medicamento, alimento u otras sustancias: _____

¿Su hijo sigue una dieta especial relacionada con su salud? Sí o No

Explique: _____

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

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

SHS Nutrition, LLC

Indique si su hijo o miembros de la familia tienen/tuvieron alguna de las siguientes condiciones:

Enfermedad/Condición	Niño	Familia	Relación/Tratamiento
Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Cáncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Enfermedad Cardiovascular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Dependencia de Drogas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Alergias a los Alimentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Intolerancias Alimentarias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Dolores de Cabeza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Ataque al Corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Colesterol Alto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Hipertensión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Problemas Intestinales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Enfermedad del Riñon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Problemas Menstruales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Problemas de Salud Mental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Obesidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Osteoporosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Otro: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Historial de Peso

Peso Corporal Actual: _____ Altura (sin zapatos): _____

¿Cuál fue el peso más bajo de su hijo en el último año? _____

¿Cuál fue el mayor peso de su hijo en el último año? _____

SHS Nutrition, LLC

Hábitos Alimenticios y Comportamientos

¿Tiene alguna preocupación relacionada con los hábitos alimenticios de su hijo? Sí o No

En caso afirmativo, explicar: _____

¿Quién decide cuándo termina de comer su hijo? Niño Padre Otro

Explique: _____

¿Qué se hace cuando su hijo no quiere comer todo o la mayor parte de la comida que está en su plato? _____

¿Qué se hace si su hijo quiere una segunda porción de comida? _____

¿Quién prepara las comidas de la familia y hace las compras? _____

¿Su hijo se saltea comidas regularmente? Sí o No

¿Cuántas comidas al día a la semana come su hijo?

Desayuno: _____ Almuerzo: _____ Cena: _____ Meriendas: _____

¿Qué suele tener su hijo como refrigerio? _____

¿Come su hijo fuera (es decir, comidas rápidas, restaurantes, comida para llevar, etc.)? Sí o No

No

¿Con qué frecuencia y dónde? _____

¿Su hijo lleva el almuerzo a la escuela o compra el almuerzo en la escuela? _____

Ejemplos de elecciones de alimentos: _____

¿Qué no le gusta comer a su hijo? _____

SHS Nutrition, LLC

¿Qué alimentos les gustan más? _____

¿Cuál de los siguientes problemas (si los hay) experimenta su hijo?

Hinchazón

Sangre en las
Heces

Estreñimiento (menos de 1
evacuación intestinal por día o lentitud)

Diarrea

Gas

Acidez

Incontinencia

Náusea

Picazón o Ardor
Rectal

Dolor de Estómago

Vómitos

¿Está su hijo físicamente activo? Sí o No

En caso afirmativo, ¿con qué frecuencia y qué tipo de actividad? _____

¿Qué otras preocupaciones, si alguna, no describió antes, tiene sobre el apetito, el comportamiento de alimentación o la dieta de su hijo? _____

Notas Adicionales: