



Remisión Fuente (Por favor Controlar Uno):  Médico  Ser  Otro Fecha: \_\_\_\_\_

## Contacto Información

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Nombre de los padres (si el cliente es menor de edad): \_\_\_\_\_

Raza/Etnia: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Género: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono de casa: Teléfono \_\_\_\_\_ de trabajo: \_\_\_\_\_ Teléfono celular: \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

Cómo nos encontró? \_\_\_\_\_

## Seguro Información

Compañía de seguros: \_\_\_\_\_ Póliza #: \_\_\_\_\_

Seguro secundario: \_\_\_\_\_ Póliza #: \_\_\_\_\_

Nombre del suscriptor: \_\_\_\_\_

SSN del suscriptor: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento del suscriptor: \_\_\_\_\_

Empleador del suscriptor: \_\_\_\_\_

Relación con el Suscriptor: \_\_\_\_\_

## Cuidado de la salud Información

Indique los nombres de los médicos, consejeros u otros profesionales de la salud que actualmente le brindan con cuidado relacionado a el razones para Tu visita. Él puede ser necesario para nuestro registrado dietistas para discutir su médico necesidades/cuidado, obtener laboratorio trabajar, o proporcionar escrito informes sobre su médico cuidado con estos proveedores de atención médica.

Doctor principal: \_\_\_\_\_ Fecha de la última visita: \_\_\_\_\_

Médico de referencia: \_\_\_\_\_ Motivo de la remisión: \_\_\_\_\_

Otro médico: \_\_\_\_\_ Especialidad: \_\_\_\_\_

Otro proveedor: \_\_\_\_\_ Tipo de proveedor: \_\_\_\_\_

Otro proveedor: \_\_\_\_\_ Tipo de proveedor: \_\_\_\_\_

**\*\*Por favor Indicar Sí o No a el Siguiete Declaración:**

*Acepto que Banister Nutrition pueda contactar y ser contactado por el arriba listado proveedores a intercambio información acerca de mi médico y nutricional cuidado.*

Sí

No

Iniciales: \_\_\_\_\_



## Médico Historia

Por favor con cuidado revisar el lista abajo y seleccionar todo condiciones o síntomas eso aplicar.

<input type="checkbox"/> Abdominal Cirugía <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Ansiedad <input type="checkbox"/> Autoinmune Enfermedad <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Artritis <input type="checkbox"/> Cáncer (especificar): _____ <input type="checkbox"/> Celíaco Enfermedad <input type="checkbox"/> Crónico Atrás Dolor <input type="checkbox"/> Congestivo Corazón Falla <input type="checkbox"/> Constipación <input type="checkbox"/> Crohn Enfermedad <input type="checkbox"/> Dificultades para masticar <input type="checkbox"/> Dentadura postiza <input type="checkbox"/> Depresión <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Diálisis <input type="checkbox"/> Diarrea <input type="checkbox"/> Desordenado Comiendo <input type="checkbox"/> Alimento alergias <input type="checkbox"/> Sensibilidades alimentarias <input type="checkbox"/> Vesícula biliar Enfermedad <input type="checkbox"/> Gástrico Derivación <input type="checkbox"/> Gota	<input type="checkbox"/> Dolores de cabeza / Migrañas <input type="checkbox"/> Corazón Enfermedad / Corazón Ataque <input type="checkbox"/> Alto Sangre Presión / HTA <input type="checkbox"/> Colesterol alto <input type="checkbox"/> Alto triglicéridos <input type="checkbox"/> Historia de Trauma / Abuso <input type="checkbox"/> Hormona desequilibrios <input type="checkbox"/> Hipoglucemia <input type="checkbox"/> Acidez estomacal/ERGE <input type="checkbox"/> Inmunosupresión <input type="checkbox"/> Esterilidad <input type="checkbox"/> Irritable Intestino Síndrome (SII) <input type="checkbox"/> Riñón Enfermedad <input type="checkbox"/> Riñón piedras <input type="checkbox"/> Hígado Enfermedad <input type="checkbox"/> Bajo Energía Nivel <input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar <input type="checkbox"/> Menstrual Irregularidad <input type="checkbox"/> Náuseas vómitos <input type="checkbox"/> Neurológico Enfermedad <input type="checkbox"/> Obesidad <input type="checkbox"/> Osteoporosis / osteopenia <input type="checkbox"/> pancreatitis <input type="checkbox"/> Psicológico Condición	<input type="checkbox"/> Erupciones / Piel Problemas <input type="checkbox"/> Reciente Hospitalización <input type="checkbox"/> Reciente Infección <input type="checkbox"/> Hoz Celúla Enfermedad <input type="checkbox"/> Dormir Apnea / Dormir Trastorno <input type="checkbox"/> Estómago Úlceras <input type="checkbox"/> Tragar Dificultades <input type="checkbox"/> Tiroides Enfermedad <input type="checkbox"/> Urinario Dificultades <input type="checkbox"/> Otro: _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <b>Hacer tú tener a familia historia de los siguientes?</b> <input type="checkbox"/> Cáncer <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Corazón Enfermedad <input type="checkbox"/> Gastrointestinal Trastornos <input type="checkbox"/> Obesidad <input type="checkbox"/> Otro: _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____
--	---	--

**Cirugías Previas:** \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Actual medicamentos, vitaminas, y Dietético/Herbolario Suplementos (Adjuntar a Separado Lista si Necesario):**

Nombre	Dosis / Cantidad	Tiempo	Objetivo



## Nutrición Cuestionario

Altura: \_\_\_\_\_

Peso actual (Opcional): \_\_\_\_\_

Cómo Hacer Tú Actualmente Tasa Su Salud? (Controlar Uno)  Excelente  Bien  Justo  Pobre

Tener Tú Reunió con a Dietético o Seguido a Nutrición Programa Antes?  Sí  No

En caso afirmativo, describa: \_\_\_\_\_

Hacer Tú Actualmente Seguir a Especial Dieta?  Sí  No

En caso afirmativo, describa: \_\_\_\_\_

Hacer Cualquier Religioso Prácticas o Alimento filosofías Afectar Su Alimento ¿Opciones?  Sí  No

En caso afirmativo, describa: \_\_\_\_\_

Tiene Su Peso Cambió Significativamente Recientemente? (Ganar / Pérdida de 10+ libras dentro 3 meses)  Sí  No

En caso afirmativo, describa: \_\_\_\_\_

Tiene tu apetito Cambió Significativamente Recientemente?  Sí  No

En caso afirmativo, describa: \_\_\_\_\_

### Por favor Lista Actual Alimento alergias o Sensibilidades

Alimento Artículo / Ingrediente	Reacción

### Qué Son tu parte superior Nutrición / Relacionados con la salud ¿Objetivos?

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

### Qué Amable de Apoyo de a Dietético son Tú Mirando Para (P.ej Específico Información, etc.)?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

# NUTRICIÓN BARANDILLA LLC

## POLÍTICA DE PAGO

- Si tú son interesado en buscando pago asistencia de su seguro proveedor, por favor revise toda la información citada a continuación.
- A Copiar de su crédito tarjeta es necesario a seguro su cita.
- Su salud cuidado asistencia es basado en a elección y acuerdo tú hecho con su proveedor de seguros. BN no tiene conocimiento de sus opciones de asistencia.
- BN obras con etna, Cruz Azul escudo azul, Comunidad Cuidado, Coventry, Salud Choice, Medicare, Medicaid/ SoonerCare y United Health Care.
- BN hace no participar en cualquier HMO seguro planes
- TÚ son responsable para contactando su seguro proveedor a confirmar su beneficios para *Médico Nutrición Terapia*. Nosotros poder proporcionar guía de puntos a conversar si usted solicita
- BN voluntad archivo su seguro para tú como a cortesía si tú preferir. A proveedor remisión y se requiere el código de diagnóstico (ICD-10) de su proveedor para solicitar el seguro.
- Asistencia MEDICARE: Su proveedor de referencia *debe* ser un proveedor de Medicare. cubre Medicare Renal Enfermedad, Tipo 1 & 2 Diabetes solo. Nosotros voluntad con alegría ver todo otro diagnósticos para pacientes de Medicare como pago propio.
- Médico Nutrición Terapia Honorarios: 30 min-\$100, 60 min-\$150, 90 min - \$250
- BN marcas **NO** garantizar de pago asistencia de su seguro compañía.
- Tú son responsable en tiempo de cita para TODO honorarios su seguro hace no cubrir. Aceptamos efectivo, cheques y pagos con tarjeta de crédito.

Por favor firmar abajo reconociendo tú aceptar responsabilidad para nuestro pago política. Agradecer usted y esperamos poder apoyarlo en su viaje hacia una mejor salud y estado físico. 😊

---

Paciente/Tutor Firma

Fecha

## Cancelación Política

- **24 hora avance aviso** de su necesidad a cambiar se requiere su cita. Este tiempo es necesario para llenar su franja horaria reservada con otro paciente.
- Las solicitudes de cambio de cita solo se aceptan por teléfono. Los correos electrónicos y los mensajes de texto no se revisan regularmente.
- Tú voluntad ser notificado de el **\$75-\$150** cargar a su tarjeta de crédito por cancelación tardía

Por favor firmar abajo reconociendo tú aceptar responsabilidad para nuestra cancelación política. Gracias y esperamos poder apoyarlo en su viaje hacia una mejor salud y estado físico. 😊

---

Paciente/Tutor Firma

Fecha

*Agradecer tú para comprensión nuestro deseo a acomodar a todos los pacientes para que sean atendidos lo antes posible.*

## Asignación de Beneficios

Yo reconozco recibo de médico servicios y autorizar el liberar de cualquier médico información necesaria para procesar este reclamo de pago de atención médica únicamente.

Por la presente instruyo y ordeno a la \*compañía de seguros designada a continuación que emita un pago directo a Banister Nutrition por los gastos médicos permitidos en virtud de mi póliza de seguro actual. Dicho pago se aplicará a los cargos totales por los servicios prestados en mi nombre en Banister Nutrition eso son facturado a mi seguro compañía. Este asignación es a directo asignación de mis derechos y beneficios bajo mi póliza de seguro.

Yo aceptar a pagar Barandilla Nutrición, en oportuno manera, cualquier balance de médico cargos y gastos terminados y arriba el cantidad de permitido seguro pago, incluido cargos para cualquier servicios no cubiertos por el seguro, los gastos y los deducibles que se requieran conforme a la póliza de seguro antes mencionada.

Si mi seguro cambia después de mi cita inicial, es mi responsabilidad notificar a BN inmediatamente y proporcionar a Copiar de el nuevo seguro tarjeta. Yo aceptar si yo hacer no notificar BN en avance de cualquier cambio en el seguro esto podría resultar en que yo sea responsable de mi saldo.

---

Paciente/Tutor Firma

Fecha

## HIPAA

Por favor leer Barandilla Nutrición HIPAA – Aviso de Privacidad Práctica en nuestro oficina o sitio web en <https://banisternutrition.com/new-patients/>

\*Por favor reconocer por firma abajo, eso tú tener leer el HIPAA y comprender sus derechos de acuerdo con la HIPAA.\*

---

Paciente/Tutor Firma

Fecha