

## RECONOCIMIENTOS Y CONSENTIMIENTOS DEL CLIENTE

1. Estoy de acuerdo en ser evaluado por un miembro del personal clínico del Bowen Center. Tras la evaluación, se me solicitará el consentimiento para recomendaciones específicas de tratamiento como se indica en el plan de tratamiento.
2. Entiendo que estos servicios son voluntarios, y que puedo revocar el consentimiento en cualquier momento.
3. Entiendo que las sesiones de terapia son privadas, y que las conversaciones durante la terapia no pueden ser grabadas sin el consentimiento tanto del paciente como del proveedor.
4. Yo entiendo que el personal médico del Bowen Center rutinariamente verificará que yo no estoy recibiendo sustancias controladas de otro proveedor, a través del informe de INSPECCION (**únicamente clientes de medicamento**).
5. Yo entiendo que el personal médico del Bowen enviará ordenes de prescripción a la farmacia que yo haya designado con el propósito de continuar el tratamiento. Estas prescripciones pueden incluir información que revela que yo soy un paciente que usa sustancias (diagnóstico, nombre del medicamento). Yo puedo revocar este consentimiento en cualquier momento, al menos que el Bowen Center ya haya actuado en función de este. La expiración de este específico consentimiento será hasta la finalización de los servicios o cuando un nuevo consentimiento es firmado.
6. Entiendo que, por mi seguridad mi historial de llenado de medicamentos puede ser obtenido electrónicamente de la base de datos de la farmacia, para asegurar una información completa de medicamentos.
7. Yo entiendo que enfermeros estudiantes/internos, tal vez estén tomando parte en mi tratamiento, y que puedo rechazar tratamiento que es ofrecido por ellos en cualquier momento.
8. Se me ha ofrecido una copia de mis derechos y responsabilidades del Bowen Center y ASPIN, con respecto a los servicios siendo proporcionados. Una copia de estos derechos y responsabilidades será publicada en la oficina en la cual estaré recibiendo tratamiento, o puedo verlos en el sitio web del Bowen Center: [www.bowencenter.org](http://www.bowencenter.org)
9. He recibido una copia de la información de la Prevención del Suicidio. Esta también está disponible en el sitio web del Bowen Center: [www.bowencenter.org](http://www.bowencenter.org) (N/A para IPU –el paciente recibirá esta cuando salga)
10. He recibido un sumario del aviso de prácticas de privacidad del Bowen Center. Soy consciente que la información detallada está disponible bajo petición, y está disponible en el sitio web del Bowen Center: [www.bowencenter.org](http://www.bowencenter.org).
11. Yo, y/o el paciente siendo admitido seremos financieramente responsables de pagar al Bowen Center por cualquier costo incurrido para coleccionar esta deuda incluyendo, pero no limitado a los costos de colección, intereses y costos de abogado. Entiendo que algunos servicios pueden ser ordenados por la corte. Entiendo también que algunos servicios pueden incluir preparación de reportes, testimonio y otros servicios no directos para el paciente.
12. **Finanzas (Pagos, Cargos y Facturación)**
  - Yo entiendo que estos servicios serán cargados al precio que fue discutido conmigo.
  - Yo estoy de acuerdo en notificar al Bowen Center de los cambios que puedan afectar mi tarifa
  - Yo entiendo que es requerido proveer prueba por escrito del estado financiero. Faltar a proveer esta información de manera oportuna, denegará cualquier descuento en las tarifas.
  - Yo entiendo que las consultas por teléfono con el paciente y/o familia, pueden ser cobradas a la tarifa regular.
  - **Yo entiendo que el pago es debido al tiempo del servicio, y que todos los copagos y deducibles son debidos en cada visita.** Cualquier otro arreglo debe ser aprobado con anticipación.
  - Yo entiendo que soy responsable por cualquier saldo restante después de que la aseguradora haya pagado, o si la aseguradora no paga.
  - Estoy de acuerdo que para que usted coleccionar cualquier cantidad que yo pueda deber; usted puede comunicarse conmigo por teléfono, en cualquiera de los números de teléfono asociados con mi cuenta. Los Métodos de contacto pueden incluir usando mensajes pregrabados/mensajes de voz artificial, y/o el uso de servicio de marcado, si es aplicable.
  - Esto es para informarle a usted que al menos, de otra manera requerida, el Bowen Center presentará todos los servicios con su compañía aseguradora y/o Medicare. Si usted pide que no se le pase la cuenta a su compañía aseguradora, usted será responsable por la totalidad de su balance.

**Firmando en la parte de abajo, reconozco que las declaraciones e informaciones correspondientes me han sido explicadas y revisadas conmigo, y yo las entiendo. Voluntariamente estoy de acuerdo en participar en el tratamiento.**

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

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Imprima el nombre del Paciente

\_\_\_\_\_  
Firma del Representante del Paciente (si es aplicable) Fecha

\_\_\_\_\_  
Relación del representante con el Paciente

C497S (R04) (11/30/20)

**Client Acknowledgements / Consents - Spanish**

**Bowen Center**

(Tab:R/C)

Client Name: \_\_\_\_\_

MRN: \_\_\_\_\_

Location: \_\_\_\_\_

### Evaluación financiera / tarifa nominal

Por favor conteste las siguientes preguntas:

1. ¿Tiene corrientemente activo el Medicaid?  No  Si

*(Teniendo Medicaid o Medicare no será usado para determinar elegibilidad para descuentos de asistencia financiera.)*

2. Tamaño de la unidad familiar: \_\_\_\_\_ (Número de personas sostenidas por el ingreso de familia: La familia es definida como: un grupo de dos personas o más (uno de los cuales es la cabeza de la familia relacionado por nacimiento, matrimonio, o adopción y que residen juntos; todas esas personas (incluyendo miembros de la subfamilia relacionada) son considerados como miembros de una familia. El Bowen Center también aceptara miembros del hogar no relacionados cuando calcula el tamaño de la familia.)

3. Nombre del jefe de familia: \_\_\_\_\_

4. Total ingreso anual del hogar: \$ \_\_\_\_\_

5. A continuación, se encuentran las pautas federales actuales de pobreza:

El ingreso incluye el salario bruto; salarios; propinas; ingreso de negocios y trabajo por cuenta propia ; compensación de desempleo; compensación de trabajadores; Seguridad Social; Seguridad de ingreso suplementario; asistencia pública; pagos de veteranos; beneficios para sobrevivientes; ingreso de pensión o retiro; interés; dividendos; regalías; ingreso de renta de propiedades, y fideicomisos; pensión alimenticia; manutención de los hijos; asistencia fuera del hogar; y otros recursos misceláneos.

Tamaño de la familia	200% de las pautas federales de pobreza
1	\$27,180
2	\$36,620
3	\$46,060
4	\$55,500
5	\$64,940
6	\$74,380
7	\$83,820
8	\$93,260
	<b>Añada \$9,440 por cada persona adicional</b>

Certifico que no tengo ingreso.

**\*\* Se solicita documentación comprobatoria de ingresos. Pero no es requerida para ser elegible para el descuento de tarifa variable, si no tiene cubrimiento de seguro \*\***

Mi firma certifica que el ingreso bruto total del hogar es exacto.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente o padre/Guardian

\_\_\_\_\_  
Fecha

**A351 (R01) (03/08/22)**

**Financial Nominal Fee Assessment**

Bowen Center

(Tab: Ins/Fin) (Scan)

Name: \_\_\_\_\_

MRN: \_\_\_\_\_

Location: \_\_\_\_\_

**Problemas Médicos / Estado de Salud**

Revise a continuación todas las condiciones médicas actuales o históricas:

- Está en riesgo de contraer enfermedades transmitidas sexualmente     colesterol alto     Obesidad  
 Defectos de nacimiento     Diabetes     Enfermedades del corazón     Asma     Infecciones del oído  
 Acné severo     Eczema     Hipertensión     Problemas del riñón     Problemas del hígado     Convulsiones  
 Lesiones en la cabeza     Prueba de TB Positiva     Sonda     Problemas dentales  
 Tuberculosis (los síntomas pueden incluir tos crónica sudores nocturnos, fatiga o pérdida de peso)  
 Problemas médicos: \_\_\_\_\_    Médico de tratamiento: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

No ha tenido un examen físico en el último año.    Fecha del último examen: \_\_\_\_\_  
 Las vacunas no están al día.    ¿Por qué? \_\_\_\_\_

¿Marco algún artículo arriba?  No     Si

**Únicamente para el uso del personal**

*Si, "Si", es marcado arriba, recomiende que el cliente vea a un médico para un examen físico y tratamiento de la condición identificada. Incluya análisis del impacto que la condición física tiene en la salud mental de él/ella\*\**

¿Hay algún historial familiar de problemas médicos? *Si es así*, especifique por favor.  No     Si

¿En el último año el niño (a) se ha lastimado (como caídas, huesos rotos, lesiones deportivas, etc.)? *Si es así*, describa:  No     Si

¿Tiene el niño(a) alguna clase de alergias? *Si es así*, enumérelas:  No     Si

¿Está la niña embarazada o dando pecho? No aplicable: \_\_\_\_\_ Fecha en que el bebé nacerá: \_\_\_\_\_  No     Si

**Evaluación de Dolores/Molestias**

¿En este momento, tiene el niño(a) algún dolor/molestia física presente u ocasional? *Si es así*, por favor encierre la cara/número que describe el dolor del niño(a) en la escala de abajo  No     Si



¿Qué parte del cuerpo? \_\_\_\_\_ ¿Cuándo empezó el problema? \_\_\_\_\_  
 ¿Cuánto tiempo dura? \_\_\_\_\_

¿Está el niño(a) recibiendo tratamiento para el dolor identificado? *Si es así*, nombre del médico encargado del tratamiento del dolor: \_\_\_\_\_  No     Si

¿Qué actividades él/ella no puede hacer a causa del dolor? \_\_\_\_\_

**Análisis de riesgo nutricional**

¿Está él /ella comiendo artículos que no son alimentarios? (Una respuesta "Si" indica un riesgo moderado).  No     Si

¿El apetito de él/ella ha cambiado, lo cual es motivo de preocupación? (Una respuesta "Si" indica un riesgo moderado).  No     Si

¿Tiene el niño(a) alergias o intolerancias alimentarias que perjudican su capacidad de consumir una nutrición adecuada?  No     Si

¿Está el niño(a) o padre preocupado por el peso? Altura aproximada: \_\_\_\_\_ Peso aproximado: \_\_\_\_\_  No     Si

**\*\* Si hay una respuesta "Si" en alguno de los riesgos de nutrición de arriba recomiende una referencia. \*\***

<b>Medicamento</b>	
¿Está el niño(a) tomando medicamento(s) recetados? <i><b>Si es así</b></i> , complete la lista de medicamentos adjunta.	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
Proporcione cualquier otra información médica que sea importante para el cuidado del niño(a):	
<b>Información del desarrollo</b>	
¿Hubo dificultades con el embarazo, el parto, y/o nacimiento? <i><b>Si es así</b></i> , por favor explique:	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
¿Cómo recién nacido hubo dificultades para dormir o comer? <i><b>Si es así</b></i> , por favor explique:	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
¿Hubo hospitalizaciones durante el primer año de vida del niño(a)? <i><b>Si es así</b></i> , por favor explique:	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
¿Fue difícil entrenar al niño(a) para usar el baño?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
¿A qué edad comenzó a hacer las siguientes cosas? Gatear: _____ Caminar: _____ Hablar/palabras: _____ Hablar con/frases cortas: _____ Siguiendo instrucciones sencillas para identificar objetos o traer cosas: _____	
¿El niño(a) usa la <input type="checkbox"/> Mano derecha? <input type="checkbox"/> ¿Mano izquierda?	
¿Algún problema de habilidades motoras? <i><b>Si es así</b></i> , por favor explique:	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
¿Mientras era pequeño(a), el niño(a) faltó a responder a instrucciones verbales? <i><b>Si es así</b></i> , por favor explique:	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
¿Algún historial de rabietas severas o prolongadas?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
¿El niño(a) se molesta cuando las cosas cambian? <i><b>Si es así</b></i> , por favor explique:	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
¿Tiene problemas para llevarse bien con otros de la misma edad? <i><b>Si es así</b></i> , por favor explique:	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
¿Hay alguna preocupación acerca de problemas de audición? <i><b>Si es así</b></i> , por favor explique:	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
¿Hay alguna preocupación acerca de problemas de visión?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
¿Cualquier problema del lenguaje o del habla?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
¿Tiene el niño(a) necesidades excepcionales de aprendizaje o talentos? <i><b>Si es así</b></i> , por favor marque: <input type="checkbox"/> Aprendizaje lento <input type="checkbox"/> Aprendizaje deshabilitado <input type="checkbox"/> Talentos especiales <input type="checkbox"/> Otro (por favor especificar):	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
¿El niño(a) alguna vez ha recibido servicios de educación especial para ayudar con el aprendizaje? <i><b>Si es así</b></i> , por favor explique	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
¿Cómo él niño(a) aprende mejor? (Marque todos los que apliquen) <input type="checkbox"/> Escuchando <input type="checkbox"/> Mirando <input type="checkbox"/> Tocando <input type="checkbox"/> Haciendo <input type="checkbox"/> Moviendo <input type="checkbox"/> Repetición de palabras o cantando <input type="checkbox"/> Otro (por favor especifique)	
¿Cualquier problema actual de desarrollo como se mencionó anteriormente, que ahora no está siendo tratado por un médico? <i><b>Si es así</b></i> , ¿qué problemas <b>no están</b> siendo tratados?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
¿El niño(a) ve a un médico o va regularmente a una clínica especializada (por ejemplo, el neurólogo, el urólogo, Riley Clinic, etc.)? <i><b>Si es así</b></i> , nombre del médico /clínica: _____ Razón:	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
Proporcione cualquier otra información sobre el desarrollo de este niño(a), que sería importante para su cuidado en el Bowen:	
_____ Firma	_____ Fecha
_____ Imprima el nombre	_____ Relación

## LISTA DE MEDICAMENTOS DE ADMISIÓN

CLIENTE: Haga una lista de los medicamentos prescritos por el médico. Fecha: \_\_\_\_\_

Medicación	Prescrito	Medicación	Prescrito

¿Toma medicamentos a base de hierbas(s)? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí    Sí es así, indique:	

¿Toma medicamentos de venta libre (over-the-counter) más de dos veces a la semana?	
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí    Sí es así, indique:	

Firma del cliente: \_\_\_\_\_

*Para Uso de Oficina Solamente:*

Medication list verified by nurse:

*To be completed only within 180 days from date above.*

Date	Medication / Dose	Med Ed	Prescriber	Verified	Nurse Signature