

Name: _____ DOB: _____ Date: _____

Past Medical History

Please mark any of the following conditions that have/do pertain to you.

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> No significant medical history | <input type="checkbox"/> Depression | <input type="checkbox"/> Kidney stones |
| <input type="checkbox"/> Abnormal pap smear | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Lupus |
| <input type="checkbox"/> ADHD/ADD | <input type="checkbox"/> Drug abuse | <input type="checkbox"/> Migraines |
| <input type="checkbox"/> Alcohol abuse/ dependence | <input type="checkbox"/> Diverticulitis | <input type="checkbox"/> Neuropathy |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Eating disorder | <input type="checkbox"/> Osteoarthritis |
| <input type="checkbox"/> Anxiety | <input type="checkbox"/> Eczema | <input type="checkbox"/> Osteoporosis |
| <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Epilepsy/ seizures | <input type="checkbox"/> Parkinson’s disease |
| <input type="checkbox"/> Alzheimer’s/ Dementia | <input type="checkbox"/> GERD | <input type="checkbox"/> Peripheral vascular disease |
| <input type="checkbox"/> Blood clots (PE or DVT) | <input type="checkbox"/> Glaucoma | <input type="checkbox"/> Pneumonia |
| <input type="checkbox"/> Blood transfusion | <input type="checkbox"/> Gout | <input type="checkbox"/> Psychiatric (specify) |
| <input type="checkbox"/> Coronary artery disease | <input type="checkbox"/> Heart disease/attack | <input type="checkbox"/> Prostate problems |
| <input type="checkbox"/> Cancer Type _____ | <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Seasonal allergies |
| <input type="checkbox"/> Congestive heart failure | <input type="checkbox"/> High cholesterol | <input type="checkbox"/> Sleep apnea |
| <input type="checkbox"/> COPD | <input type="checkbox"/> Hypertension | <input type="checkbox"/> Stroke |
| <input type="checkbox"/> Crohn’s disease or IBS | <input type="checkbox"/> Infectious disease | <input type="checkbox"/> Thyroid disease |
| | | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> Other medical problem not listed | | <input type="checkbox"/> UTI’s |

Past Surgical History:

Please list **all** past surgeries (i.e. appendectomy, arthroscopy, cataract, C-section, gallbladder removal, heart surgery, hernia, hysterectomy, joint replacement, tonsillectomy, carpal tunnel, etc.)

Type of surgery	Date of surgery

Medications:

Please list all medications that you take (prescription or nonprescription), the dosage, and how often you take this medication. If you have a list with you, please see the front desk to have a copy made to be attached to this form.

Medication	Dose	How often?

Preferred Pharmacy: _____

Allergies:

Reaction:

Nebraska Health and Wellness Clinic LLC
1112 Verges Ave.
Norfolk, NE 68701

PATIENT INFORMATION

Patient: _____ Age: _____
 First Middle Last
Relationship Status: ___ Single ___ Married ___ Separated ___ Divorced ___ Widowed
Date of Birth: _____ Sex: M F Social Security #: _____ - _____ - _____
Mailing address: _____
 Street City State Zip
Home address: _____ Phone: () _____
 Street City State Zip
Employed by: _____ Occupation: _____
Business address: _____ Phone: () _____
 Street City State Zip

FAMILY INFORMATION

Husband/ Father _____ Age: _____
 First Middle Last
Home address: _____ Birth Date: _____
 Street City State Zip
Employed by: _____ Occupation: _____
Home phone: _____ Business phone: _____

Wife/ Mother _____ Age: _____
 First Middle Last
Home address: _____ Birth Date: _____
 Street City State Zip
Employed by: _____ Occupation: _____
Home phone: _____ Business phone: _____

Insurance Information

Primary insurance: _____ Deductible \$: _____
Policy Holder Name: _____ Group #: _____ ID#: _____
Primary Effective Date: _____ Secondary Effective Date: _____
Secondary Insurance: _____ Deductible \$: _____
Policy Holder Name: _____ ID#: _____

-Some plans base the amount of your benefit on a schedule of fees arbitrarily developed by insurance companies. So, you may receive less reimbursement than your plan appears to promise. For example, if you pay 80% of the cost of treatment, it may mean 80% of the fee chosen by the insurance company, not the actual fee charged by this practice.
- I hereby authorize Nebraska Health and Wellness Clinic LLC. to furnish my health insurance company all the information which said insurance company may request concerning treatment for myself, or my dependence. I hereby sign Nebraska Health and Wellness Clinic LLC. the medical and/or surgical benefits.
- I understand and agree that all fees for services rendered to me are my responsibility to pay in full.
- If these charges are work related please see the receptionist.

DATE

X _____
SIGNATURE (Authorized Person)



Nebraska Health and Wellness Clinic LLC
Acknowledgement of Receipt of Privacy Notice

I acknowledge that I have received the attached Privacy Notice.

Patient Name: _____

I acknowledge that I was offered the Privacy Notice but refused it.

Patient Name: _____

Patient or Personal Representative Signature

Date

If Personal Representative's signature appears above, please describe Personal Representative's relationship to the patient:

Nebraska Health and Wellness Clinic LLC
Conocimiento de la Nota de Intimidad

Reconozco que he recibido la copia del aviso de "El Aislamiento."

Nombre del paciente: _____

Reconozco que fui ofrecido la copia del aviso de "El Aislamiento" pero la rehusó.

Nombre del paciente: _____

Paciente/ Firma Personal

Fecha

Si la firma personal de representante aparece arriba, por favor describa la relación personal de representante al paciente.

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Fecha: _____

Historia medica pasada

Por favor, marque cualquiera de las siguientes condiciones que le pertenecen.

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Ninguna historia medica | <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Cálculos renales |
| <input type="checkbox"/> Papanicolaou anormal | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Lupus |
| <input type="checkbox"/> ADHD/ADD | <input type="checkbox"/> Abuso de drogas | <input type="checkbox"/> Migrañas |
| <input type="checkbox"/> Abuso de alcohol | <input type="checkbox"/> Diverticulitis | <input type="checkbox"/> Neuropatía |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Desorden alimenticio | <input type="checkbox"/> Osteoartritis |
| <input type="checkbox"/> Ansiedad | <input type="checkbox"/> Eczema | <input type="checkbox"/> Osteoporosis |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Epilepsia/ convulsiones | <input type="checkbox"/> Parkinson’s disease |
| <input type="checkbox"/> Alzheimer’s/ Dementia | <input type="checkbox"/> GERD | <input type="checkbox"/> Enfermedad vascular periférica |
| <input type="checkbox"/> Coagulo del sangre (PE or DVT) | <input type="checkbox"/> Glaucoma | <input type="checkbox"/> Pneumonia |
| <input type="checkbox"/> Transfusión de sangre | <input type="checkbox"/> Gout | <input type="checkbox"/> Psiquiátrica (especificar) |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de la arteria coronaria | <input type="checkbox"/> Ataque del Corazón | <input type="checkbox"/> Problemas de próstata |
| <input type="checkbox"/> Cáncer Tipo _____ | <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Alergias estacionales |
| <input type="checkbox"/> CHF | <input type="checkbox"/> Alta colesterol | <input type="checkbox"/> Sleep apnea |
| <input type="checkbox"/> COPD | <input type="checkbox"/> Alta presión | <input type="checkbox"/> Trombosis |
| <input type="checkbox"/> Crohn’s disease o IBS | <input type="checkbox"/> Enfermedad infecciosa | <input type="checkbox"/> Enfermedad de tiroides |
| <input type="checkbox"/> Otra problema medica | | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |
| | | <input type="checkbox"/> UTI’s |

Historia quirúrgica pasada:

Enumere todas las cirugías pasadas (es decir, apendicetomía, artroscopia, cataratas, cesárea, extirpación de la vesícula biliar, cirugía cardíaca, hernia, histerectomía, reemplazo de articulaciones, amigdalotomía, túnel carpiano, etc.)

Tipo de cirugía	Fecha de operación

Medicamentos:

Enumere todos los medicamentos que toma (con receta o sin receta), la dosis y la frecuencia con la que toma este medicamento. Si tiene una lista con usted, visite la recepción para solicitar que se adjunte una copia a este formulario.

Medicamento	Dosis	Frecuencia

Farmacia preferida: _____

Alergias:

Reacción:



1112 Verges Ave.
Norfolk, NE 68701

Información del paciente

Paciente: _____ Edad: _____
Nombre Apellido
___ Soltero(a) ___ Casado(a) ___ Separado(a) ___ Divorciado(a) ___ Viudo(a)
Fecha de nacimiento: _____ Sexo: M F No. de seguro social: _____ - _____ - _____
Dirección: _____
Calle Ciudad Estado Código postal
No. de teléfono: () _____
Lugar de trabajo: _____ Ocupación: _____
Dirección del trabajo: _____
Calle Ciudad Estado Código postal
No. de teléfono: () _____

INFORMACION FAMILIAR

Esposo/ Padre _____ Edad: _____
Nombre Apellido
Dirección : _____ Fecha de nacimiento: _____
Calle Ciudad Estado Código postal
Lugar de trabajo: _____ Ocupación : _____
No. de teléfono : _____
Esposa/ Madre _____ Edad: _____
Nombre Apellido
Dirección : _____ Fecha de nacimiento: _____
Calle Ciudad Estado Código postal
Lugar de trabajo: _____ Ocupación : _____
No. de teléfono : _____

Información del seguridad

Nombre de primer seguridad: _____
Nombre del asegurado: _____ No. del grupo: _____
Fecha afectiva del primera: _____ Fecha afectiva del secundaria: _____
Nombre de seguridad secundaria: _____
Nombre del asegurado: _____ No. del grupo: _____

-Algunos planes basan la cantidad de su beneficio en un programa de tarifas desarrolladas arbitrariamente por las compañías de seguros. Por lo tanto, puede recibir menos reembolso que su plan parece prometer. Por ejemplo, si paga el 80% del costo del tratamiento, puede significar el 80% de la tarifa elegida por la compañía de seguros, no la tarifa real cobrada por esta práctica.

-Por la presente autorizo a Nebraska Health and Wellness Clinic LLC. para proporcionar a mi compañía de seguros de salud toda la información que dicha compañía de seguros puede solicitar con respecto al tratamiento para mí o para mi dependencia. Por la presente firmo la Nebraska Health and Wellness Clinic LLC. Los beneficios médicos y / o quirúrgicos.

- Entiendo y acepto que todas las tarifas por los servicios prestados a mí son mi responsabilidad de pagar en su totalidad.

- Si estos cargos están relacionados con el trabajo, consulte a la recepcionista.

FECHA

X _____
FIRMA (Persona autorizada)

