



2019 / 2020
CENTRO DE SALUD BASADO EN LA ESCUELA DE PENDLETON



Apellido del Estudiante: _____ **Primer Nombre:** _____ **Segundo Nombre:** _____

Nombre Preferido: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____ **Edad:** _____

Nivel de Grado: _____ **Genero:** Masculino Femenino **Etnicidad:** Hispana No-Hispana

Raza: Blanca Indígena Isla del Pacifico Indígena Americana Raza Negra Asiático

Domicilio: _____ **Ciudad:** _____ **Estado:** _____ **Código Postal:** _____

¿Alergias a Medicamentos? Sí No **¿Qué Medicamentos?** _____

Enfermedad Medica Crónica _____

Medicamentos actuales: _____

¿Dónde sabe ir para el cuidado de la salud? _____

Información de Contacto de Padre/Emergencia

Nombre: _____ **Relación** _____ **Número de Teléfono:** _____

Nombre: _____ **Relación** _____ **Número de Teléfono:** _____

Consentimiento para Servicios

Yo doy el permiso para que el Centro de Salud Basado en la Escuela de Pendleton proporcione servicios médicos y/o mentales al estudiante nombrado/a arriba. Entiendo que los siguientes tipos de servicios están proporcionados a través del Centro de Salud Basado en la Escuela de Pendleton: Exámenes físicos (incluyendo exámenes físicos para deportes) rutinarios, evaluación, diagnosis, y tratamiento de la enfermedad y lesión, visión e investigaciones dentales, detección de la presión arterial, pruebas de laboratorio rutinarios, inmunizaciones, educación sanitaria, asesoramiento, y promoción de la salud, educación nutricional, control del peso, prescripción y sobre las medicaciones contrarias, los servicios médicos mentales. Remisión para los servicios de la atención sanitaria no proporcionados por el centro de la salud.

Entiendo que el Centro de Salud Basado en la Escuela de Pendleton es una colaboración entre el personal del Centro de Salud Basado en la Escuela (Incluyendo empleados y contratistas del Condado de Umatilla), y el Personal del Distrito Escolar de Pendleton (PSD) y que la información con respecto a bienestar del estudiante se puede compartir entre el personal del Centro de Salud Basado en la Escuela de Pendleton y el Personal del Distrito Escolar de Pendleton (PSD) para la seguridad, la salud, y el éxito académico total del estudiante nombrado/a arriba. También autorizo y doy el permiso al el Centro de Salud Basado en la Escuela de Pendleton para entrar en contacto con el médico de cuidado personal de mi niño/a para compartir la información médica con respecto a necesidades médicas en curso.

Autorizo la divulgación de cualquier información médica y de salud protegida necesaria para procesar este reclamo y autorizar el pago de los beneficios médicos de los servicios por parte del Centro de Salud Basado en la Escuela de Pendleton. La Asegurancia será facturada por los servicios prestados en el Centro de Salud Basado en la Escuela. Los servicios prestados fuera del Centro de Salud Basado en la Escuela (como farmacia, radiología, o laboratorios), es responsabilidad de los padres y/o guardián.

El Centro de Salud Basado en la Escuela de Pendleton es requerido por ley a mantener la privacidad de su información de salud. Una copia de la Notificación de Practicas de Privacidad está disponible en ucohealth.net/sbhc . Entiendo el Centro de Salud Basado en la Escuela tiene el derecho de cambiar este aviso en cualquier momento. Una copia actualizada está disponible bajo petición en contacto con el Centro de Bienestar de Pendleton.

He leído la información de arriba y he tenido la oportunidad de hacer preguntas. Este consentimiento se mantendrá vigente por un año desde la fecha de la firma. Entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento, escribiendo una carta al Centro de Salud Basado en la Escuela.

Firma: _____ **Relación:** _____ **Fecha:** _____

Información sobre su Asegurancia

*Apoyamos y animamos la participación de los padres en decisiones sobre la salud de un niño/a. La ley del estado de Oregon requiere la firma de un padre o guardián para el tratamiento médico para estudiantes menores de 15 años con la excepción de la planificación familiar y enfermedades que son transmitidas sexualmente. La ley del estado de Oregon requiere la firma del padre/guardián para servicios de salud mental, incluyendo problemas de las drogas y del alcohol, si el niño/a tiene menos de 14 años de edad.



2019 / 2020
CENTRO DE SALUD BASADO EN LA ESCUELA DE PENDLETON



El Centro de Salud Basado en la Escuela se financia de aseguranza de tercera persona, de medicaid, de concesiones, y de ayuda local. Proveen de nosotros su información de información de su Aseguranza permite que carguemos en cuenta su Aseguranza y que continuemos proporcionando los servicios a tantos estudiantes como sea posible.

Las familias que no tienen Aseguranza o que no proporcionan información sobre su Aseguranza se hace referencia para ver si califican para el Plan de Salud de Oregon o otros programas de Aseguranza. Esta cobertura puede asegurar totalmente su hijo/a para servicios médicos, dentales, y médicos de emergencia. Le recomendamos que aplique para esta cobertura valiosa.

Si su compañía de Aseguranza le envía un cheque de pago directamente, endoselo por favor al Departamento de la Salud Publica del Condado de Umatilla y tráigalo o envíe a su Centro de Salud de la Escuela.

Si su compañía de aseguranza no paga todo o parte de los gastos, usted no es responsable de ninguno de los gastos propios de los servicios recibidos en el Centro de Salud Basado en la Escuela.

Fecha de hoy: _____

Apellido del estudiante: _____ Primer Nombre: _____ Segundo Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: _____

****Por favor déjenos tomar una copia de su aseguranza or traiga una copia actual****

El Plan de Salud de Oregon/EOCCO

Póliza/Número de Identificación: _____

Compañía de Aseguranza Privada

Nombre de la compañía de Aseguranza: _____ Día Efectiva: _____

Compañía/Dirección de la demanda: _____

Número de Teléfono de la compañía de Aseguranza: _____

Póliza/ Número de Identificación: _____ Número de Grupo: _____

Nombre de la persona que está Asegurada: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Su Relación al Estudiante: _____

¿El estudiante tiene una segunda Aseguranza? Sí No

Nombre de la compañía de Aseguranza: _____ Día Efectiva: _____

Compañía/Dirección de la demanda: _____

Número de Teléfono de la compañía de Aseguranza: _____

Póliza/ Número de Identificación: _____ Número de Grupo: _____

Nombre de la persona que está Asegurada: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Su Relación al Estudiante: _____