



HERMISTON STUDENT HEALTH CENTER



Apellido del Estudiante: _____ Nombre: _____

Nombre preferido: _____ Pronombre: _____

Grado: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ Número de teléfono: _____

Género: Masculino Femenino Non-Binarie

Origen: Hispano No Hispano No sé Prefiero no contestar Raza: Asiático Negro Nativo Americano Isleño del Pacífico Blanco Otros No sé Prefiero no contestar

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Proveedor de atención primaria: _____ Fecha de la última visita: _____

Dentista: _____ Fecha de la última visita: _____

Optometrista: _____ Fecha del último examen: _____

Información para contacto de emergencia /padres

Nombre: _____ Relación: _____ Número de teléfono: _____

Nombre: _____ Relación: _____ Número de teléfono: _____

****Envíe una copia de su tarjeta de seguro y / o complete el formulario de información de seguro ****

Consentimiento para Servicios

*Doy permiso para que el "Hermiston Student Health Center" (centro de salud) brinde servicios médicos y / o de salud mental a la persona mencionada anteriormente *. Entiendo que los siguientes tipos de servicios se brindan a través del centro de salud: exámenes físicos de rutina (incluidos los exámenes físicos para deporte), evaluación, diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones, exámenes de visión y dentales, pruebas de laboratorio de rutina, inmunizaciones, educación para la salud, asesoramiento, prescripción de medicamentos, medicamentos de venta libre, servicios de salud mental y referencias para servicios de atención médica no proporcionados por centro de salud. Entiendo que estos servicios pueden ofrecerse en persona o mediante comunicaciones electrónicas, como video bidireccional o llamadas telefónicas de voz.

Entiendo que los centros de salud incluyen el personal de centro de salud (incluidos son los empleados de Salud Pública del Condado de Umatilla, y Community Counseling Solutions) en asociación con el personal del Distrito Escolar de Hermiston (HSD) y que la información sobre el bienestar de los estudiantes puede ser compartida entre el personal de centro de salud y HSD para la seguridad, la salud y el éxito académico general de la persona mencionada anteriormente. También autorizo y doy permiso al centro de salud para que se comunique con el médico de cuidado personal de la persona mencionada anteriormente para compartir información médica sobre las necesidades médicas en curso.

Autorizo la divulgación de cualquier información médica y de salud protegida que sea necesaria para procesar este reclamo y autorizo el pago de beneficios médicos por servicios por parte del Centro de Salud. El seguro se facturará por los servicios prestados en el centro de salud. Los servicios prestados fuera del centro de salud (como farmacia, radiología o laboratorios) son responsabilidad de los padres y / o tutores.

Los centros de salud están obligados por ley a mantener la privacidad de su información de salud. Una copia del Aviso de prácticas de privacidad está disponible en ucohealth.net. Entiendo que el centro de salud tiene el derecho de cambiar este Aviso en cualquier momento. Una copia actual está disponible a pedido contactando al centro de salud.

He leído la información anterior y he tenido la oportunidad de hacer preguntas. Este consentimiento permanecerá vigente durante un año a partir de la fecha de la firma. Entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento enviando un aviso por escrito al centro de salud.

Firma: _____ relación: _____ Fecha: _____

*Apoyamos y animamos a los padres a que participen en las decisiones sobre la atención médica de un niño. La Ley del Estado de Oregon requiere la firma de un padre o tutor para el tratamiento médico de los estudiantes menores de 15 años, con la excepción de la información de planificación familiar y las infecciones de transmisión sexual. La Ley del Estado de Oregon requiere la firma de un padre o tutor para los servicios de salud mental, incluidos los problemas de drogas y alcohol, si el niño es menor de 14 años. ORS 109.640, ORS 109.675.



HERMISTON

STUDENT HEALTH CENTER



Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Los exámenes físicos son clave para identificar posibles problemas de salud y brindar orientación para desarrollar hábitos saludables para toda la vida. La Academia Americana de Pediatría recomienda que los estudiantes se realicen un examen físico anual. Este también puede servir como examen físico deportivo. ¿Le gustaría que su estudiante se realice un chequeo anual en el Centro de Salud Estudiantil este año escolar?

Sí, por favor, programe una cita

No, gracias

Información de Seguro Médico

El centro de salud está financiado a través de seguros de terceros, Medicaid, subvenciones y apoyo local. Brindar la información de su aseguradora nos permite facturarle a su aseguradora y continuar brindando los servicios a la mayor cantidad posible de estudiantes.

Las familias sin seguro médico o que no brindan información sobre el seguro son referidas para una evaluación para ver si califican para el Plan de Salud de Oregon u otros programas de seguro. Esta cobertura podría asegurar completamente a su hijo para servicios médicos, dentales y de emergencia. Le recomendamos fuertemente que solicite esta valiosa cobertura.

Si su compañía de seguros no paga la totalidad o parte del costo, usted no es responsable de los gastos incurridos por los servicios recibidos en el centro de salud.

**** Permítanos hacer una copia de su tarjeta de seguro o tráiganos una copia actual****

Plan de salud de Oregon / EOCCO

Póliza / Número de identificación: _____

Seguro privado

Nombre de la compañía de seguros: _____

Número de teléfono de la compañía de seguros: _____

Póliza / Número de identificación: _____ Número de grupo: _____

Nombre del titular de la póliza: _____ Fecha de nacimiento: _____

Relación con el estudiante: _____

¿El estudiante tiene un seguro secundario? SI No

Nombre de la compañía de seguros: _____

Número de teléfono de la compañía de seguros: _____

Póliza / Número de identificación: _____ Número de grupo: _____

Nombre del titular de la póliza: _____ Fecha de nacimiento: _____

Relación con el estudiante: _____