

# LA CLINICA

## SCHOOL-BASED HEALTH CENTERS

541-842-3771 <http://laclinicahealth.org/school>

Nombre del estudiante \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Sexo M/F \_\_\_\_\_ Raza \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Teléfono de la casa \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo o para mensaje \_\_\_\_\_ ¿Su hijo esta discapacitado? Si / No

### INFORMACION DE INGRESOS Y SEGURO MÉDICO

*No se le niega el servicio a nadie por no poder pagar*

¿Cuántas personas hay en su familia? \_\_\_\_\_ ¿Es usted un padre soltero? Si  No  Si contesto sí: Masculino  Femenino

Por favor indique nivel de ingreso anual de su familia (podemos ofrecer descuentos en algunos casos, y esto nos ayudará a determinar si usted es elegible):

0-\$30,000  \$30,001-\$40,000  \$40,001-\$50,000  \$50,001-\$60,000  \$60,001-\$70,000  \$70,001-\$80,000  \$80,000 and over

Mi hijo tiene seguro médico (por favor proporcione una copia de la tarjeta de seguro)

Mi hijo NO tiene seguro médico  Necesito ayuda con la inscripción para el plan de seguro de Oregon (OHP/ Medicaid)

Nombre de persona principal con seguro médico \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Nombre de la compañía de seguros \_\_\_\_\_ #ID \_\_\_\_\_ # del grupo \_\_\_\_\_

Dirección de la compañía aseguradora \_\_\_\_\_

¿Usted o alguien en su familia trabajó en alguno de los siguientes durante los últimos dos años? Por favor, marque todo lo que aplique:

Huertas  Empaque  Reforestación/plantando árboles  Viñedos  Cultivo/cosechando  Fertilizando/dar vuelta la tierra

¿En los últimos 24 meses usted o alguien en su familia vivió en una de las siguientes situaciones? Refugio para personas sin hogar, en la calle, vehículo o edificio abandonado, centro de recuperación o en cualquier otra situación temporal. Si / No

¿En los últimos 24 meses han sido usted y su familia obligados a vivir con amigos, otra familia o en una vivienda temporal debido a su incapacidad de pagar los costos de su hogar? Si / No

### INFORMACIÓN MÉDICA

¿Tiene su estudiante un proveedor medico que visita con regularidad? Si/ No Si es así, nombre del proveedor \_\_\_\_\_

Alergias (a medicamentos/alimentos /o de otro tipo) \_\_\_\_\_

Que medicamentos toma su hijo con regularidad \_\_\_\_\_

Historial de otros problemas médicos \_\_\_\_\_

Yo doy permiso para que mi hijo (mencionado arriba) pueda recibir medicamentos sin receta (por ejemplo, Tylenol, Advil, etc) para el alivio de síntomas, incluso en caso de que no se me pueda notificar antes. Sí \_\_\_ No \_\_\_ Inicial del padre / tutor: \_\_\_\_\_

Como el padre custodio y / o tutor legal del menor mencionado anteriormente, mi firma en este formulario permite que mi hijo reciba los servicios en cualquier centro de salud de La Clinica basado en la escuela. Entiendo que La Clinica facturará mi seguro médico por visitas elegibles. Estoy de acuerdo que he dado toda la información, completa y exacta. Entiendo que este consentimiento permanecerá en efecto durante siete años o hasta que sea revocado por escrito o verbalmente. Estoy de acuerdo en proporcionar información actualizada cuando sea necesario.

Firma \_\_\_\_\_  
Firma del padre/tutor \_\_\_\_\_ Relación con el estudiante \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_



# LA CLINICA

AFFORDABLE HEALTH CARE EXCELLENCE FOR ALL

Por favor complete este formulario para que podamos calificar con precisión a usted y a su familia para nuestros programas de subsidio.

Nombre del paciente _____	Fecha de Nacimiento _____
Correo electrónico _____	Seguro Social _____
Si el paciente es menor de edad:	
Nombre de la madre _____	Nombre del padre _____

Es usted Veterano?       Si     No

Es usted Discapacitado?       Si     No

Por favor, seleccione su origen étnico:     Hispano     No-Hispano

Por favor, seleccione su raza:

Nativo de Alaska     Indio Norteamericano     Nativo de Hawai     Blanco

Negro     Asiático     De las Islas del Pacífico

---

¿Usted o alguien en su hogar ha trabajado en cualquiera de las siguientes industrias durante los dos últimos años? (Marque todas las que correspondan)

Huertas     Cultivos/Recolección     Reforestación/Plantación de árboles

Viñedos     Empaques     Fertilización/Trabajo de la tierra

Si usted marcó alguna de las cajas anteriores ¿En algún momento su trabajo requirió que su familia se mudara?     Si     No

La Clínica es capaz de ayudar a nuestros pacientes a compensar el costo de los servicios de salud debido a la concesión de la ayuda del gobierno. Como resultado, estamos obligados a recopilar información sobre los ingresos y vivienda para cada uno de nuestros pacientes. Entendemos que la información que nos proporciona al igual que su información de salud es muy personal así que continuaremos protegiendo su confidencialidad.

Empleador Actual \_\_\_\_\_ Posición \_\_\_\_\_ Teléfono de Trabajo \_\_\_\_\_

¿Está usted y su familia viviendo en la casa de alguien más?     Si     No

En los últimos 24 meses, usted o alguien de su hogar ha vivido en albergues, centro de rehabilitación, cárcel o casa hogar?     Si     No

En los últimos 24 meses, usted y su familia se han visto forzados a mudarse a una situación temporal debido al costo de la vivienda?     Si     No

Por favor escriba todos los miembros que actualmente viven en su hogar:

Nombre	Parentesco	Edad	Seguro Médico
			S / N
			S / N
			S / N
			S / N
			S / N
			S / N

Si necesita espacio adicional, por favor use el reverso.

### Formulario de Consentimiento Médico

#### **Autorización para Tratamiento Médico y Participación en el Cuidado Médico Centrado en el Paciente**

¿Qué es el cuidado médico centrado en el paciente? Esta frase se utiliza como parte del nuevo programa en Oregon que se llama Hogar de Cuidado Médico Centrado en el Paciente y simplemente se refiere al cuidado de salud que se centra en las necesidades de los pacientes. Las clínicas reconocidas como Hogares de Cuidado Médico Centrado en el Paciente notifican a los pacientes de este enfoque como parte de la designación.

Bajo el cuidado centrado en el paciente, su proveedor de cuidado primario trabajará con usted para mejorar su salud y para coordinar su atención con otros proveedores. Por ejemplo, su proveedor de cuidado primario podría conectarlo con un entrenador de salud, una enfermera, nutricionista, u otro tipo de proveedor. Esto se llama su "equipo de salud", y su hogar de cuidado primario está en el centro, asegurándose de que usted tiene toda la información que necesita.

Su proveedor de La Clínica y su equipo de cuidado médico lo apoyaran tan forme usted se valla involucrando en su propio cuidado. Nuestra meta es asegurar que sus necesidades de salud sean atendidas para que tenga los mejores resultados de salud posibles, y que usted y su familia reciban la cuidado de salud que necesita, cuando lo necesite.

Yo autorizo al personal médico de La Clínica para administrar tratamiento médico a \_\_\_\_\_ cuando lo  
Nombre del Paciente  
consideren necesario para el beneficio del paciente. También autorizo el uso de cualquier anestésico y / o medicamentos. Yo reconozco que no hay garantía o seguridad con respecto a los resultados que se puedan obtener.

Yo entiendo el modelo del cuidado de salud administrado en La Clínica y estoy de acuerdo a inscribirme en el programa Hogar de Cuidado Médico Centrado en el Paciente de La Clínica.

#### **Autorización de Pago**

Yo asigno y autorizo el pago directo a La Clínica de todos los seguros médicos y de beneficios de los planes que se pagan por el servicio (s) que recibo y también autorizo la divulgación de todos mis documentos médicos necesarios para facilitar mi tratamiento para procesar reclamos y lo permitido o requerido en el Aviso de Prácticas de Privacidad. Entiendo perfectamente que en el caso de que mi compañía de seguros u otra persona financieramente responsable no pague por los servicios que recibo, yo voy a ser financieramente responsable del pago.

#### **Aviso de Prácticas de Privacidad**

Yo reconozco que recibí la Notificación de Prácticas de Privacidad de La Clínica. Este aviso se proporciona la primera vez que recibo los servicios de La Clínica y esta a mi disposición en cualquier momento que lo solicite.

#### **Derechos y Responsabilidades del Paciente**

Yo reconozco que recibí una copia de los Derechos y Responsabilidades del Paciente de La Clínica.

#### **Consentimiento fotografiar para registros electrónicos de salud**

Yo autorizo a La Clínica para tomar mi fotografía para mi historial médico electrónico. Esta fotografía se utilizará para identificarme y ayudar a protegerme contra el robo de identidad.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Testigo

Si el paciente es menor de edad:

\_\_\_\_\_  
Nombre del padre o tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Relación al paciente