



Eagle Point High School School-Based Health Center (SBHC)

Parent/Guardian Consentimiento para Servicios Médicos

203 North Platt Street, Eagle Point, OR 97524

Eagle Point SBHC es operado por Rogue Community Health (RCH) en colaboracion con el Distrito Eagle Point

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ City: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

¿Con quién vive el estudiante? \_\_\_\_\_ Idioma hablado preferido: \_\_\_\_\_

A su estudiante se le dara la opcion de participar en una encuesta de salud y de satisfaccion a cada ano escolar.

Acuerdo: Por favor lea cuidadosamente y firme abajo.

Consentimiento para Tratamiento:

Doy mi consentimiento al tratamiento necesario para el cuidado del paciente mencionado arriba. Autorizo la liberación de todos los registros médicos a los proveedores de atención médica referidos y a mi compañía de seguro médico, si procede. Si es necesario, permito la transmisión de fax y/o la sumisión electrónica y segura de HIPAA de mi expediente médico.

Doy permiso para que mi estudiante tome medicamentos de venta libre (tal como Tylenol, etc.)  Sí  No Iniciales: \_\_\_\_\_

Alergias: Mi hijo/ano tiene alergias , or Mi Hijo/a tiene alergia a: \_\_\_\_\_

Responsabilidad Financiera:

Todos los pacientes con cuentas o con requerimientos de copago se les pedirán traer un pago en cada visita. Los pacientes que han hecho arreglos de pago y/o recibido una factura mensual deberán hacer un pago en un plazo de treinta días a partir de la fecha de la factura. Si usted tiene alguna preocupación sobre el pago, por favor avise al departamento de facturación. Nosotros le cobraremos a su compañía de seguro médico, sin embargo, su cuenta sigue siendo su responsabilidad.

Información del Seguro Médico:  No tengo Seguro Médico †  Información Médica Privada  OHP †  Se Desconoce

Nombre del Suscriptor Asegurado: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre del Seguro Médico: \_\_\_\_\_ # de ID: \_\_\_\_\_ # de Grupo: \_\_\_\_\_

Domicilio del Seguro Médico: \_\_\_\_\_ # de Teléfono: \_\_\_\_\_

Si no está asegurado ¿le gustaría ser contactado por alguien acerca de una cobertura de salud sin o a bajo costo para niños?  Sí  No

Autorización de Seguro Médico:

Entiendo la póliza financiera mencionada arriba y acepto la responsabilidad financiera. Al firmar abajo, yo asigno al Community Health Center todos los pagos adeudados de mi compañía de seguro medico por los servicios prestados.

Si no esta asegurado, le gustaria ser contactado por alguien para cobertura sin o de bajo costo para menores de 0 a 19 anos de edad?  Sí  No

NADIE ES RECHAZADO POR INHABILIDAD DE PAGAR ~ Los estudiantes recibirán muchos servicios sin costo alguno.

Hogar Médico

CHC tiene un modelo de cuidado llamado un Hogar Médico Centrado en el Paciente. Esto quiere decir que la clínica es un lugar donde el paciente trabaja en conjunto con el equipo de atención de la salud para atender todas las necesidades del cuidado de la salud.

- ¿Tiene el paciente un médico (Proveedor de Atención Primordial)?  Sí  No

Si es así, autorizo al SBHC de CHC para que divulgue información médica al proveedor de atención primordial.

Nombre del médico: \_\_\_\_\_

- Quiero que CHC/SBHC sea el Proveedor de Atención Medica del estudiante  Sí  No

Divulgación de Información: ¿Tenemos su permiso para:

- Dejar un mensaje en su maquina de contestación en casa?  Sí  No

- Dejar un mensaje en su teléfono celular? \_\_\_\_\_ (numero)  Sí  No

- Dejar un mensaje en su lugar de empleo? \_\_\_\_\_ (numero)  Sí  No

- Discutir la condición médica de su hijo/a con cualquier miembro de su casa?  Sí  No

Si marco que sí,  Con cualquiera  Específicamente: \_\_\_\_\_

He leído y entiendo plenamente el consentimiento mencionado arriba para tratamiento, la responsabilidad financiera, la divulgación de información médica, y la autorización del seguro médico. Estos acuerdos permanecerán en vigor durante el año escolar, o hasta que sea revocado por mi por escrito. Si es revocado, entiendo que la autorización no afectara ningún uso o divulgación de información que ya se ha producido.

Firma del Paciente o Tutor: \_\_\_\_\_ Padre o Guardian (letra de molde)

Paciente o Tutor (escriba su nombre con letra de molde): \_\_\_\_\_ Data