

Historia clínica N° (MRN): _____ para ser completado por el personal del SBHC



Consentimiento para Servicios de Atención Médica para Estudiantes del Centro de Salud en la Escuela

TODOS Los SBHC son operados por Rogue Community Health (RCH) en colaboración con los distritos escolares

Nombre del plantel escolar: _____ Grado: _____

Nombre del Paciente: _____ Fecha de nacimiento: ___/___/___ Teléfono Principal: _____

Dirección del paciente: _____
Calle o Apartado Postal Ciudad Estado Código postal

Persona que completa el consentimiento: (por favor marque uno con un círculo): Padre/Tutor Yo mismo/Estudiante (si tiene 15 años o más)

Sexo (marcar con un círculo): M F Otro: _____

Idioma preferido hablado: (Marque con un círculo): INGLÉS ESPAÑOL OTRO: _____

Alergias: El estudiante No tiene **alergias** Sí, el estudiante **tiene alergias** Por favor describa: (Si cambia, notifique al SBHC)

Si corresponde, doy permiso a el/la enfermero/a diplomado/a, médico asociado o personal de recepción del SBHC para proporcionar medicamentos de venta libre (como Tylenol, etc.) a mi estudiante: No Sí Por favor escriba sus iniciales: _____

Se les puede pedir a los estudiantes que participen en una encuesta de satisfacción y un cuestionario de salud cada año escolar

Consentimiento para tratamiento: Doy mi consentimiento para el tratamiento necesario para la atención del paciente mencionado anteriormente. Autorizo la divulgación de todas las historias médicas a los profesionales de salud que me remiten y a mi compañía de seguros, si corresponde. Autorizo la transmisión por fax y/o el envío electrónico seguro de HIPAA de mi historia clínica, si es necesario. Por favor escribir las iniciales: _____

Responsabilidad financiera: Todos los copagos del seguro se deben en el momento de la visita. Todos los pacientes con cuentas de autopago deben traer el pago en efectivo en cada visita. Los pacientes que hayan hecho arreglos de pago y/o hayan recibido un estado de cuenta mensual deben realizar un pago dentro de los treinta días posteriores a la fecha del cobro o estado de cuenta. Si tiene preocupaciones sobre el pago, notifique al departamento de facturación. Facturaremos su seguro por usted. Sin embargo, su cuenta sigue siendo su responsabilidad. Si tiene preocupaciones sobre el pago, avise al departamento de facturación al (541-618-4414).

Ningún estudiante será rechazado por no poder pagar

Información sobre el seguro: Sin seguro médico Seguro médico privado OHP Desconocido

Si no tiene seguro, ¿le gustaría que alguien se comuniqué con usted para obtener cobertura de salud gratuita o de bajo costo para niños de 0 a 19 años? Sí No

Nombre del Seguro Médico: _____ Identificación No. _____ Grupo No.: _____

Nombre del titular de la póliza: _____ Nombre del empleador: _____ Fecha de nacimiento: ___/___/___

Dirección del seguro: _____ Teléfono: _____

Autorización del seguro: Entiendo la política financiera anterior y acepto la responsabilidad financiera. Mediante este acuerdo, asigno a Rogue Community Health todos los pagos adeudados por mi compañía de seguros por los servicios prestados.

Hogar médico: Rogue Community Health (RCH) tiene un modelo de atención llamado Hogar Médico Centrado en el Paciente. Esto significa que la clínica es mi entorno de atención médica donde trabajo en colaboración con mi equipo de atención para abordar todas mis necesidades de atención médica.

¿El estudiante cuenta con un Médico de Cabecera fijo? Sí No Rogue Community Health es mi Hogar Médico: Sí No

En caso afirmativo, indique el nombre del médico: _____

Comunicación: ¿Tenemos su permiso para:

Dejar un mensaje en su teléfono principal con respecto al estudiante mencionado anteriormente? Sí No

He leído y entiendo completamente el consentimiento para el tratamiento, la responsabilidad financiera, la divulgación de información médica y la autorización del seguro mencionados arriba. Estos acuerdos permanecerán vigentes mientras el estudiante esté matriculado en esta escuela o hasta que yo los revoque por escrito, presentándolos a compliance@roguech.org. Si se revocan, entiendo que la autorización no afectará ningún uso o divulgación de información que ya haya ocurrido.

Firma

Nombre en letra imprenta

_____/_____/_____
Fecha

Relación con el Estudiante/ Paciente