

Número de historia clínica (MRN): _____ debe ser llenado por el personal de SBHC



Consentimiento del centro de salud escolar para servicios médicos a estudiantes

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

Nombre del centro escolar: _____ Grado: _____

Nombre del paciente: _____ Fec. nac.: ___/___/___ Teléfono principal: _____

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

Persona que llena el consentimiento: (marcar con círculo): Padre/Tutor Yo mismo/estudiante: Salud conductual (SC) (si tiene 14 años o más)

Yo mismo/ estudiante: Atención médica (si tiene 15 años o más) Sexo (marcar con círculo): H M Otro: _____

Todos los estudiantes son elegibles para recibir servicios médicos como parte de la atención de RCH.

Indique si: Acepta Rechaza

Todos los estudiantes son elegibles para recibir servicios de salud conductual como parte de la atención de RCH.

Indique si: Acepta Rechaza

Alergias: El estudiante No tiene **alergias** Sí, **tiene alergias** Detallar: _____ (Si hay cambios, notificar a SBHC)

En caso necesario, autorizo a la enfermera/o diplomada/o, asistente médico o personal de oficina de SBHC para que administre a mi estudiante medicamentos sin prescripción médica (como Tylenol, Ibuprofeno, etc.): No Sí Coloque sus iniciales: _____

Cada año se les puede pedir a los estudiantes que participen en una encuesta de satisfacción y un cuestionario de salud

Consentimiento de tratamiento: Doy consentimiento para el tratamiento necesario para atender al paciente antes mencionado. Autorizo la divulgación de todas las historias clínicas a los profesionales de la salud remitentes y a mi compañía de seguros, en caso necesario. Autorizo el envío de mi historia clínica por fax y/o medio electrónico seguro de HIPAA, en caso necesario. Favor de colocar sus iniciales: _____

Responsabilidad financiera: Todos los copagos del seguro deben realizarse al momento de la consulta. Todos los pacientes que pagan de su cuenta deben traer pago en efectivo a cada consulta. Los pacientes que hayan hecho acuerdos de pago y/o que han recibido un estado de cuenta mensual deben realizar el pago en el plazo de treinta días desde la fecha del estado de cuenta. Facturaremos al seguro por usted. Sin embargo, su cuenta continúa siendo su responsabilidad. Si tiene preocupaciones de pago, por favor comuníquese con el departamento de facturación al (541618-4414).

Ningún estudiante será rechazado por no poder pagar

Información del seguro: No tengo seguro médico Seguro médico privado OHP Se desconoce

Si no está asegurado, ¿le gustaría que alguien se comunice con usted para recibir cobertura médica de bajo o cero costo para niños de 0 a 19 años? Sí No

Nombre del seguro médico: _____ ID#: _____ Grupo #: _____

Nombre del titular de la póliza: _____ Nombre del empleador: _____ Fec. nac.: ___/___/___

Dirección de la compañía de seguro médico: _____ Teléfono: _____

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

Hogar médico: Rogue Community Health (RCH) trabaja con un modelo de atención llamado Hogar médico centrado en el paciente. Esto significa que la clínica es mi entorno de salud en donde colaboro conjuntamente con mi equipo médico, para abordar todas mis necesidades de atención médica.

¿El estudiante tiene un médico de atención primaria habitual? Sí No Rogue Community Health es mi hogar médico: Sí No En caso afirmativo, indique el nombre del médico: _____ Teléfono #: _____

Comunicación: ¿Contamos con su autorización para:

- Dejarle un mensaje en su teléfono principal sobre el estudiante arriba mencionado? Sí No Coloque sus iniciales: _____
- Como padre/tutor legal, doy aquí mi consentimiento para entregar e intercambiar información, inclusive horario y lugar de citas, entre el personal de SBHC y los miembros del personal escolar. Sí No Por favor coloque sus iniciales: _____
- He leído y entiendo completamente el consentimiento para tratamiento, la responsabilidad financiera, el uso de información médica y autorización del seguro antes mencionados. Estos acuerdos permanecerán vigentes para recibir servicios médicos y por aproximadamente 12 meses, para los servicios de salud conductual, durante la vida escolar del estudiante mientras esté inscrito en la escuela, o a menos que yo los anule por escrito, presentándolos a compliance@roguch.org. En caso de anularlos, entiendo que la autorización no afectará ningún uso o divulgación de la información ya realizada.

Firma

Nombre en letra imprenta

_____/_____/_____
Fecha

Relación con el estudiante /paciente

Actualizado en 09.2023LL



MRN: _____

FORMULARIO DE INSCRIPCION DEL PACIENTE

CONSENTIMIENTO PARA USAR O DIVULGAR INFORMACION MÉDICA

Yo autorizo a Rogue Community Health para que use y divulgue la información médica de _____ (paciente) con los propósitos de Tratamiento, Pago y Funciones de atención médica.

* **Tratamiento** incluye servicios realizados por un profesional de la salud, enfermera, personal del laboratorio, empleados de la oficina, y otros tipos de profesionales médicos que le brindan atención medica, coordinación o manejo de su cuidado con terceras entidades, y consultas con y entre otros profesionales de la salud. Este consentimiento incluye tratamiento provisto por cualquier personal médico que atiende nuestro consultorio por teléfono como el personal médico de guardia.

* **Pago** incluye actividades involucradas para determinar su elegibilidad de la cobertura de su plan de salud, la facturación y la recepción de pagos por sus reclamos de beneficio médicos, y la utilización de gestión de actividades que pueden incluir la revisión de los servicios de atención médica por necesidad médica, la justificación de cargos, pre-certificación y preautorización.

* **Funciones de atención médica** incluye las funciones administrativas y de negocio necesarias de nuestra oficina. Rogue Community Health Center es parte de un acuerdo de atención médica organizado que incluye a participantes del Oregon Community Health Information Network (OCHIN). Rogue Community Health Center puede compartir su información médica con otros participantes de OCHIN cuando sea necesario para los propósitos de funciones de atención médica.

* **Comunicaciones** Como paciente de Rogue Community Health usted puede ser contactado a través de mensajes de texto o de voz para recordarle una cita, obtener comentarios sobre su experiencia con nuestro equipo de atención médica y dental, y/o salud conductual, y brindarle recordatorios en general. Yo consiento recibir recordatorios de citas y otras comunicaciones sobre la salud a través de mensajes de texto o de voz de Rogue Community Health en mi número telefónico preferido y en cualquier número de reenvío o transferencia a ese número. Entiendo que esta solicitud para recibir mensajes de texto o de voz se aplicarán a todo recordatorio de citas futuras/comentarios/ información de salud. Además, entiendo que las tarifas de mensajes y datos pueden aplicarse a los mensajes “enviados” bajo mi plan de teléfono celular.

Usted puede revisar el “**Aviso sobre Prácticas de Privacidad**” del Rogue Community Health para la información adicional sobre los usos y divulgaciones de la información descrita en este CONSENTIMIENTO antes de firmar este CONSENTIMIENTO. Por favor verifique que usted ha recibido una copia de nuestro **Aviso** colocando sus iniciales aquí: _____.

En Rogue Community Health nos reservamos el derecho de cambiar nuestras prácticas de privacidad de acuerdo a la ley, la cual puede cambiar los términos contenidos en el **Aviso**. Se publicará un resumen del **Aviso** en nuestra sala de espera y página de Internet (www.roguecommunityhealth.org) e incluye la fecha de vigencia del **Aviso** en la esquina superior derecha. Le ofreceremos una copia del **Aviso** en su primera consulta con nosotros después de la fecha que entre en vigor nuestro **Aviso** más reciente. También le proporcionaremos una copia del **Aviso** cuando usted lo solicite.

Como el **Aviso** le explicara más en detalle, usted tiene el derecho a solicitar restricciones en como usamos o divulgamos su información medica protegida para tratamiento, pago y funciones de atención médica. **No estamos obligados a aceptar su petición.** Si aceptamos su petición, estamos obligados a cumplir con su petición a menos que la información sea necesaria para proporcionarle un tratamiento de emergencia. Otro personal médico que proporciona cobertura de llamadas para nuestro consultorio, está obligado a usar y divulgar su información médica protegida de acuerdo con el **Aviso**.

Yo estoy de acuerdo con las condiciones establecidas en el presente documento que tengo el derecho de revocar este CONSENTIMIENTO siempre y cuando lo haga por escrito al Director de Cumplimiento en compliance@roguech.org, salvo en la medida en que Rogue Community Health ya haya usado o divulgado la información basada en este CONSENTIMIENTO.

Paciente o persona autorizada por la ley (sírvase escribir en letra de imprenta)

Firma del paciente (o Firma de la persona autorizada por la ley)

Fecha