



Table Rock Elementary School ~ School Based Health Center (SBHC)

Consentimiento para Servicios Médicos

Table Rock Elementary School 2830 Maple Court, White City, Or 97503
Table Rock Elementary School SBHC es operado por Rogue Community Health (RCH) en colaboración con el Distrito Escolar 9 del Condado de Jackson

Nombre del Paciente: _____ Grado: _____ Fecha de Nacimiento: _____
Domicilio: _____ Teléfono: _____ Padres Estudiante
¿Con quién vive el estudiante? _____ Idioma preferido: _____

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 y los proveedores de atención médica referidos y a mi compañía de seguro médico, si es necesario. También permito la transmisión de fax y/o la sumisión electrónica y segura de HIPAA de mi expediente médico.

Doy permiso para que hijo (a) tome medicamentos de venta libre (tal como Tylenol, etc.) Sí No **Iniciales:** _____ **Lista de alergias:** _____

Responsabilidad Financiera:

Todos los pacientes con cuentas o con copagos se le pedirá traer su pago en cada visita. Los pacientes que han hecho arreglos de pago y/o recibido una factura mensual deberán hacer un pago a 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 cobranzas. 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, yo doy permiso a Rogue Community Health para que pueda cobrar a mi compañía de seguro médico por los servicios prestados. Entiendo que balances no cubiertos o autorizados por mi aseguranza serán mi responsabilidad.

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

Hogar Médico

RCH 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 Cabecera)? Sí No
- Si es así, autorizo al SBHC de RCH para que divulgue información médica al proveedor de atención primordial. Nombre del médico: _____
- Quiero que RCH/SBHC sea el Proveedor de Atención Médica del estudiante Sí No

Divulgación de Información: ¿Tenemos su permiso para:

- Dejar un mensaje en su maquina contestadora 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 del 2017-2018, 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: _____

Paciente o Tutor (escriba su nombre con letra de molde): _____

Relación al Paciente: _____ Fecha: _____