



2026 - 2027

Pendleton School Based Health Center



Nombre legal del estudiante: _____ Nombre preferido: _____

Sexo asignado al nacer: _____ Pronombre: _____

Grado: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Número de teléfono del estudiante: _____

Idioma preferido de los estudiantes para las citas médicas: _____

Origen: Hispano No Hispano No sé Prefiero no contestar Raza: Asiático Negro Nativo Americano Isleño del Pacifico Blanco Otros No sé Prefiero no contestar

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Proveedor de atención primaria: _____ Fecha de la última visita: _____

Dentista: _____ Fecha de la última visita: _____

Optometrista: _____ Fecha del último examen: _____

Información para contacto de emergencia /padres

Nombre: _____ Relación: _____ Número de teléfono: _____

Nombre: _____ Relación: _____ Número de teléfono: _____

****Envíe una copia de su tarjeta de seguro y / o complete el formulario de información de seguro ****

Consentimiento para Servicios

*Doy permiso para que el " Pendleton School Based Health Center" (SBHC) brinde servicios médicos y / o de salud mental a la persona mencionada anteriormente *. Entiendo que los siguientes tipos de servicios se brindan a través del SBHC: exámenes físicos de rutina (incluidos los exámenes físicos para deporte), evaluación, diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones, exámenes de visión y dentales, pruebas de laboratorio de rutina, inmunizaciones, educación para la salud, asesoramiento, prescripción de medicamentos, medicamentos de venta libre, servicios de salud mental y referencias para servicios de atención médica no proporcionados por SBHC. Entiendo que estos servicios pueden ofrecerse en persona o mediante comunicaciones electrónicas, como video bidireccional o llamadas telefónicas de voz.

Entiendo que SBHC es una asociación entre el personal de SBHC (incluidos los empleados de Salud Pública del Condado de Umatilla y Community Counseling Solutions) en asociación con el personal del Distrito Escolar de Pendleton (PSD) y que la información sobre el bienestar de los estudiantes puede ser compartida entre el personal de SBHC y PSD para la seguridad, la salud y el éxito académico general de la persona mencionada anteriormente. También autorizo y doy permiso a SBHC para que se comunique con el médico de cuidado personal de la persona mencionada anteriormente para compartir información médica sobre las necesidades médicas en curso.

Autorizo la divulgación de cualquier información médica y de salud protegida que se necesaria para procesar este reclamo y autorizo el pago de beneficios médicos por servicios por parte del Centro de Salud de Pendleton School Based. El seguro se facturará por los servicios prestados en el Centro de salud escolar. Los servicios prestados fuera del Centro de salud escolar (como farmacia, radiología o laboratorios) son responsabilidad de los padres y / o tutores.

Los centros de salud de Pendleton School Based están obligados por ley a mantener la privacidad de su información de salud. Una copia del Aviso de prácticas de privacidad está disponible en ucohealth.net/sbhc. Entiendo que SBHC tiene el derecho de cambiar este Aviso en cualquier momento. Una copia actual está disponible a pedido contactando al Centro de Salud Escolar.

He leído la información anterior y he tenido la oportunidad de hacer preguntas. Este consentimiento permanecerá vigente durante un año a partir de la fecha de la firma. Entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento enviando un aviso por escrito a SBHC.

Firma: _____ relación: _____ Fecha: _____

*Apoyamos y animamos a los padres a que participen en las decisiones sobre la atención médica de un niño. La Ley del Estado de Oregon requiere la firma de un padre o tutor para el tratamiento médico de los estudiantes menores de 15 años, con la excepción de la información de planificación familiar y las infecciones de transmisión sexual. La Ley del Estado de Oregon requiere la firma de un padre o tutor para los servicios de salud mental, incluidos los problemas de drogas y alcohol, si el niño es menor de 14 años. ORS 109.640, ORS 109.675.



2026 - 2027

Pendleton School Based Health Center



Información de Seguro Médico Información Adicional

Escanee el código QR para obtener información adicional sobre raza, etnia y discapacidad.



Información de Seguro Médico

El centro de salud está financiado a través de seguros de terceros, Medicaid, subvenciones y apoyo local. Brindar la información de su aseguradora nos permite facturarte a su aseguradora y continuar brindando los servicios a la mayor cantidad posible de estudiantes.

Las familias sin seguro médico o que no brindan información sobre el seguro son referidas para una evaluación para ver si califican para el Plan de Salud de Oregon u otros programas de seguro. Esta cobertura podría asegurar completamente a su hijo para servicios médicos, dentales y de emergencia. Le recomendamos fuertemente que solicite esta valiosa cobertura.

Si su compañía de seguros no paga la totalidad o parte del costo, usted no es responsable de los gastos incurridos por los servicios recibidos en el centro de salud.

Fecha: _____

Apellido del estudiante: _____ Nombre: _____ Segundo nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____

**** Permítanos hacer una copia de su tarjeta de seguro o tráiganos una copia actual****

Plan de salud de Oregon / EOCCO

Póliza / Número de identificación: _____

Seguro privado

Nombre de la compañía de seguros: _____

Número de teléfono de la compañía de seguros: _____

Póliza / Número de identificación: _____ Numero de grupo: _____

Nombre del titular de la póliza: _____ Fecha de nacimiento: _____

Relación con el estudiante: _____

¿El estudiante tiene un seguro secundario? SI No

Nombre de la compañía de seguros: _____

Número de teléfono de la compañía de seguros: _____

Póliza / Número de identificación: _____ Numero de grupo: _____

Nombre del titular de la póliza: _____ Fecha de nacimiento: _____

Relación con el estudiante: _____



Cuestionario de historial de salud

Nombre del estudiante: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Alergias a medicamentos / alimentos / insectos:

Nombre	Reacción

Enumere los medicamentos recetados y los medicamentos de venta libre:

Nombre del medicamento	Cantidad / dosis	Frecuencia para tomarse

Por favor verifique si el estudiante ha tenido alguno de los siguientes:

- | | |
|---------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Alergias | <input type="checkbox"/> Presión arterial alta / presión arterial baja |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Enfermedad renal |
| <input type="checkbox"/> Defectos de nacimiento | <input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar / asma / RAD |
| <input type="checkbox"/> Trastornos hemorrágicos | <input type="checkbox"/> Enfermedad mental / ansiedad / depresión |
| <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Mononucleosis |
| <input type="checkbox"/> Conmoción cerebral o pérdida de conciencia | <input type="checkbox"/> Obesidad / Sobrepeso |
| <input type="checkbox"/> Discapacidad en el desarrollo | <input type="checkbox"/> Fiebre reumática |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Convulsiones |
| <input type="checkbox"/> Abuso de drogas y / o alcohol | <input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular |
| <input type="checkbox"/> Trastorno alimenticio | <input type="checkbox"/> Pérdida de peso repentina |
| <input type="checkbox"/> Problemas de la vesícula biliar | <input type="checkbox"/> Enfermedad de la tiroides |
| <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> Problemas auditivos | <input type="checkbox"/> Problemas de la vista |
| <input type="checkbox"/> Problemas / enfermedades cardíacas | <input type="checkbox"/> El Estudiante adopta |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis B y / o C | |
| <input type="checkbox"/> Other: _____ | |
| _____ | |

Cirugías / Hospitalizaciones del estudiante: _____



Cuestionario de Historial Familiar de Salud

Nombre del estudiante _____ Fecha de Nacimiento: _____

Enfermedad / Estado	Madre	Padre	Hermana	Hermano	Abuela	Abuelo	Notas
Historial familiar desconocido							
Abuso de alcohol							
Alergias							
Anemia							
Ansiedad							
Asma							
Defectos de nacimiento							
Trastornos hemorrágicos							
Cáncer							
Discapacidad en el desarrollo							
Depresión							
Diabetes							
Abuso de drogas							
Trastorno alimenticio							
Problemas de la vesícula biliar							
Dolores de cabeza							
Problemas auditivos							
Infarto miocardio /paro cardíaco							
Problemas del Corazón							
Hipertensión							
Colesterol Alto							
Enfermedad renal							
Problemas pulmonares							
Enfermedades mentales							
Obesidad							
Convulsiones							
Parálisis cerebral							
Enfermedad de la tiroides							
Tuberculosis							
Problemas de la vista							
Otros							