

Student's name:		
Parent/Guardian name:		
PH Number or best way to contact:		_
Person(s) referring:	_	
Referral Checklist: • [ ] Housing/Shelter [	] Social Support	[ ] Legal Assistance
• [ ] Health Insurance (OHP)	] Food	[ ] Addiction/Recovery
• [ ] Health Care (Medical, Dental, Vision)	] Transportation	[ ] Childcare
• [ ] Counseling/Therapy/Behavioral Health [	] Safety/Advocacy	[ ] Supplies (Clothing, etc.)
• [ ] Other:		
Family Stress: □ Low □ Medium □ High		
SCHOOL-BASEI Si usted o alguien en su familia necesita algunos	CLINICA  HEALTH CENTER	
SCHOOL-BASEI Si usted o alguien en su familia necesita algunos apliquen.	CLINICA  HEALTH CENTER  de estos servicios por favo	or marque todos los que
SCHOOL-BASEI Si usted o alguien en su familia necesita algunos apliquen. Nombre del estudiante:	CLINICA  HEALTH CENTER  de estos servicios por favo	or marque todos los que
SCHOOL-BASEI  Si usted o alguien en su familia necesita algunos apliquen.  Nombre del estudiante:  Nombre del Padre/Guardian Legal:	CLINICA  HEALTH CENTER  de estos servicios por favo	or marque todos los que Fecha:
SCHOOL-BASEI  Si usted o alguien en su familia necesita algunos apliquen.  Nombre del estudiante:  Nombre del Padre/Guardian Legal:  Número de teléfono o mejor forma de ser co	CLINICA  HEALTH CENTER  de estos servicios por favo	or marque todos los que Fecha:
SCHOOL-BASEI  Si usted o alguien en su familia necesita algunos apliquen.  Nombre del estudiante:  Nombre del Padre/Guardian Legal:  Número de teléfono o mejor forma de ser co	CLINICA  HEALTH CENTER  de estos servicios por favo	or marque todos los que Fecha:
SCHOOL-BASEI  Si usted o alguien en su familia necesita algunos apliquen.  Nombre del estudiante:  Nombre del Padre/Guardian Legal:  Número de teléfono o mejor forma de ser co	CLINICA  HEALTH CENTER  de estos servicios por favo	or marque todos los que Fecha:
SCHOOL-BASEI  Si usted o alguien en su familia necesita algunos apliquen.  Nombre del estudiante:  Nombre del Padre/Guardian Legal:  Número de teléfono o mejor forma de ser co  Nombre de la persona refiriendo:  Lista de cotejo para referido:	CLINICA  HEALTH CENTER  de estos servicios por fave	Fecha:
SCHOOL-BASEI  Si usted o alguien en su familia necesita algunos apliquen.  Nombre del estudiante:  Nombre del Padre/Guardian Legal:  Número de teléfono o mejor forma de ser co  Nombre de la persona refiriendo:  Lista de cotejo para referido:  [ ] Vivienda/Albergue	CLINICA  HEALTH CENTER  de estos servicios por favo  ntactado:  [] Apoyo Social  [] Alimentos	Fecha:
SCHOOL-BASEI  Si usted o alguien en su familia necesita algunos apliquen.  Nombre del estudiante:	CLINICA  HEALTH CENTER  de estos servicios por favo  ntactado:  [] Apoyo Social  [] Alimentos	Fecha:  [ ] Asistencia Legal  [ ] Adicción / Recuperación  [ ] Cuidado de los niños



Dear Families,

The School Based Health Center is here to support students during school hours. Having parental consent on file for each student makes it possible for our Nurse or Nurse Practitioner to assess and treat illness or injury that occurs during the school day. Parent or Guardian will be contacted if more immediate attention is necessary at the time of visit. The benefit of us doing this is that we may be able to help students ease minor aches and pains allowing them to stay in school as much as possible.

Our services offer a continuation of care and do not replace any Primary Provider that your child may already have.

We want to thank you for taking the time to complete all the health center forms, highlighted areas on the paperwork are important and commonly missed items. We hope your student has a healthy and happy school year.

Thank You,

La Clinica SBHC Staff

#### "HEALTHY KIDS LEARN BETTER"

Improving the health and well-being of children is important to us and remember NO ONE IS TURNED AWAY FOR INABILITY TO PAY.



Estimadas Familias,

Estamos entusiasmados por la oportunidad de asistir con las necesidades de salud de los estudiantes durante el año escolar. El centro de salud en la escuela está aquí para apoyar a los estudiantes durante las horas escolares. Tener los documentos de consentimiento de los padres para cada estudiante hace posible que nuestra enfermera o proveedora médica pueda evaluar y tratar cualquier enfermedad o lesión que se produzca durante el día escolar. Los Padres o tutores serán contactados si se necesita atención más inmediata en el momento de la visita. El beneficio de hacer esto es que podremos ayudar a los estudiantes aliviar dolores menores para que les permita permanecer en la escuela tanto como sea posible.

Nuestros servicios ofrecen la continuidad de atención médica y no reemplace el proveedor primario de su hijo/a.

Queremos agradecerles por tomarse el tiempo para completar todas las formas para el centro de salud, áreas resaltadas con marcador son importantes y comúnmente dejadas sin llenar. Esperamos que su estudiante tenga un año escolar saludable y feliz.

Gracias.

La Clinica Centro de Salud Escolar SBHC

Mejorar la salud y el bienestar de los niños es importante para nosotros y recuerde nadie es rechazado POR INCAPACIDAD DE PAGAR.

Teacher:	
Grade:	

Firma del padre o tutor



MRN:	PCP:	

### Consentimiento de servicios de salud basados en la escuela

•	hijo y con gusto trabajaremos con su médico primario o curarnos de que se satisfagan las necesidades de atención médica sea necesario para que pueda estar lo más saludable posible.
Por favor dé su consentimiento para los siguientes servic	ios marcando sí o no e inicializando:
<ul> <li>Medicamentos sin receta para alivio de síntomas</li> </ul>	☐ Sí ☐ No Iniciales del padre o tutor
Escriba las alergias (medicamentos/alimentos/otros) y re	eacciones:
las mismas tarifas que el tratamiento en persona. Es posib con mi seguro médico antes de una visita virtual si necesit	sponsable de los servicios que recibo. Las visitas virtuales tienen ele que algunas aseguradoras no cubran estas visitas. Consultaré no información sobre copagos o tarifas. Si tengo seguro médico, le la divulgación de registros de atención médica como se describe
Derecho a obtener una estimación de buena fe He recibido una copia del aviso de La Clínica sobre mi dere	echo a obtener una estimación de los costos de atención médica.
Aviso de prácticas de privacidad He recibido un enlace a una copia del aviso de prácticas de impresa en cualquier momento.	e privacidad de La Clínica. Sé que también puedo pedir una copia
Derechos y responsabilidades del paciente He recibido un enlace a una copia de los derechos y respo pedir una copia impresa en cualquier momento.	nsabilidades del paciente de La Clínica. Sé que también puedo
un número de teléfono móvil. También autorizo a La serviciosInicial	e texto y otros mensajes sobre mi atención si he proporcionado Clínica a enviarme boletines informativos y mensajes sobre otros ectrónicos o mensajes de texto sin cifrar sobre servicios.
En los centros de salud escolares de La Clínica, la informa El propósito debe estar relacionado con la salud, el bienesInicial	ción protegida se usará o compartirá solo cuando sea necesario. tar y la capacidad del niño para aprender y tener éxito.
virtuales pueden incluir un proveedor médico o una enfer por el distrito escolar puede trabajar con el equipo de La C	ue dé permiso para el tratamiento. Los servicios en persona y mera registrada de práctica avanzada. Una enfermera empleada Clínica durante las visitas virtuales. Todos los servicios no están ede ser atendido en cualquier centro de salud escolar de La
Al firmar este formulario, doy permiso para que	reciba
Nombre los servicios antes mencionados en los centros de salud e	e completo del estudiante Fecha de nacimiento escolares de La Clínica.
Nombre impreso del padre o tutor	Relación con el paciente

Los Centros de Salud Escolares de La Clínica brindan atención médica primaria y preventiva para los estudiantes en colaboración con distritos escolares y socios comunitarios. (Políticas disponibles bajo petición). El examen de salud dental proporcionado a través de este programa es un breve examen visual y no reemplaza un examen dental completo realizado por un dentista. La Clínica proporciona estos servicios dentales con el apoyo del Walker Fund y las contribuciones de Oral Health America.

Fecha

Nombre:
Fecha de nacimiento:
Escuela:
Maestro (a):
Grado:

MRN:	PCP:

# © LA CLINICA SCHOOL-BASED HEALTH CENTERS

# Cuestionario del paciente

		n el niño (a):
irma_		NombreFecha
		Aproximadamente la fecha del último examen dental:
		En caso de que sí, nombre del dentista:
	7.	¿Tiene su hijo(a) un dentista que visita regularmente? □ Yes □ No
	6.	Historial de otros problemas médicos:   Ninguno
		□ Si:
	5.	Tiene su hijo (a) algún comportamiento que impacte nuestra habilidad para proveerle atención □ No
		suplementos, e inhaladores:   Ninguno
	4.	¿Qué medicamentos toma su hijo(a) con regularidad? Por favor, incluya medicamentos sin receta,
	3.	Tiene su niño (a) alguna alergia □ Si (a que) □ No alergias
	2.	Farmacia preferida:
		Aproximadamente la fecha del último examen anual de su niño (a):
		En caso de que sí, nombre del doctor/enfermera:
	1.	¿Tiene su hijo(a) un doctor/ enfermera familiar que visita con regularidad? 🗆 Si 🗆 No

La Clinica Centro de salud escolar provee cuidado médico primario y preventiva para estudiantes como acordado por sus socios: La Clinica, Asante Health System, Providence Medford Medical Center, Distrito Escolar de Medford 549C, Distrito Escolar de Central Point #6 y Distrito Escolar de Phoenix/Talent #4 (políticas disponibles bajo petición).



#### **SCHOOL-BASED HEATH SERVICES**

#### 541-414-1575

#### www.laclinicahealth.org/school

MRN:	INS:	Fecha:
Maestro:		Grado:

La Clínica recibe apoyo del gobierno para ayudar a los pacientes y participantes que califican a cubrir el costo de los servicios. Como resultado, estamos obligados a recopilar información de ingresos y del hogar de todos los que utilizan nuestros servicios. Nuestras políticas de protección de privacidad requieren que mantengamos su información personal privada.

Los centros de salud escolares de La Clínica brindan atención médica primaria y preventiva para estudiantes en colaboración con distritos escolares y socios comunitarios. (Políticas disponibles bajo petición). El examen de salud dental proporcionado a través de este programa es un breve examen visual y no reemplaza un examen dental completo realizado por un dentista. La Clínica proporciona estos servicios dentales con el apoyo del Walker Fund y las contribuciones de Oral Health America.

continuaciones de ordinie									
Nombre completo del paciente:				Fecha de nacimiento:	Segur	o Socia	l:		
Nombre del padre/tut Fecha de nacimiento:	tor:				Relación con el paciente:				
Dirección:			Ciudad	l_ d:		Código	o posta	1:	
Teléfono de casa:	Teléfono de casa: Teléfono celular: Teléfono del trabajo:		Nombre del empleador:			Tiempo completo / Tiempo parcial (circule uno)			
Contacto de emergen	cia/número de teléfono:				odemos dejarle mensajes Sí 🚨 No	con info	ormació	ón de salu	d?
¿Está usted y su famil	ia viviendo en la casa de a	lguien más? (incluye dor	mir en i	un s	sofá)		☐ Sí	□ No	#3
En los últimos 2 años, ¿usted o alguien en su hogar ha vivido en uno de los siguientes, cuidado de crianza temporal, motel, albergue, hogar grupal, centro de recuperación o cárcel?					□ Sí	□ No	#2		
En los últimos 2 años, ¿usted y su familia se han visto obligados a mudarse a una situación temporal debido a los costos de vivienda?				a los	□ Sí	□No	#7		
¿Usted y los miembros de su familia viven en uno de los siguientes: campamento, calle, puente, albergue?				☐ Sí	□ No	#4			
¿Usted y los miembros de su familia actualmente no están sin hogar, pero lo estuvieron en los últimos 12 meses?			eses?	☐ Sí	□ No	#5			
¿Usted y los miembros de su familia viven en vivienda pública?			☐ Sí	□ No					
_	u hogar ha trabajado en al ra, acuicultura, huertos, re		ndustria	is: c	ultivos / cosecha, agricult	ura,	□ Sí	□ No	
En caso de que si: 1) ¿Trabajo en la industria en los últimos dos años?				☐ Sí	□ No				
2) ¿Alguna vez su familia se mudó para acomodar su trabajo?			☐ Sí	□ No					
3) ¿Usted o un miembro de su hogar alguna vez ha tenido que dejar de trabajar en este campo debido a una discapacidad?			□ Sí	☐ No					
<ul><li>□ Nativo de Alaska</li><li>□ Indio asiático</li><li>□ C</li><li>□ Vietnamita</li><li>□ Otro</li></ul>	arque todo lo que correspond I Indio americano ☐ Negro hino ☐ Filipino ☐ Japone os asiáticos ☐ Nativo de H	o/afroamericano és □Coreano lawái □ Chamorro		His <sub>l</sub> Chic	étnico del paciente: pano ☐ Mexicano ☐ Me cano ☐ Cubano ☐ Pu conocido ☐ Elige no reve	ertorriq		ano No his	pano
☐ Guamaniano ☐ Samoano ☐ Otro isleño del Pacífico ☐ Blanco ☐ Desconocido ☐ Optar por no revelar			☐ No						

\* Por favor, complete este formulario por completo. No se aceptarán formularios incompletos.

\*Si tiene seguro dental, le facturaremos los servicios elegibles. \*



Nombre del pacie	nte:
MRN:	PCP/PCD:

## Información de Facturación y Persona Responsable

La Clínica recibe apoyo del gobierno para ayudar a los pacientes que califican a cubrir el costo de los servicios de salud. Las guías de ingresos son establecidas anualmente por el gobierno federal. Incluso si elige no presentar una solicitud, debemos preguntar por cierta información financiera de todas las personas atendidas en nuestros centros de salud. Mantendremos toda la información personal privada como se describe en nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad.

Parte 1: Parte responsable: si usted o un información de la persona que tid			La Clínica, proporcione la	
☐ La persona responsable es la	misma que el	paciente que se registra para	los servicios.	
Nombre del tutor/padre legal: F		Fecha de nacimiento:	Número de seguro social:	
Domicilio: (Incluya ciudad, estado, códig	o postal)			
Teléfono de casa:	Teléfono celu	ular:	Correo electrónico:	
Parte 2: Díganos sobre su seguro médico. seguro médico sobre los contrato				
Nombre del seguro médico:		Dirección para reclamos:		
Nombre del miembro asegurado:		Fecha de nacimiento: Relación con el paciente:		
ID del suscriptor/miembro:		Número del grupo:		
Parte 3: Díganos sobre su situación financ cubrir el costo de los servicios.	ciera. Es posibl	e que reúna los requisitos pa	ra recibir subvenciones para	
Ingreso anual del hogar:		Tamaño de la familia:		
Quiero solicitar ayuda financiera.		☐ No quiero solicitar ayuda financiera.		
Declaración de facturación: Entiendo que, si elijo no dar infor servicios prestados.	rmación de mi	s ingresos o de mi seguro mé	dico, se me facturarán todos los	
Firma de la persona responsable:			Fecha:	
Nombre impreso:				

Solo para uso del persona	I/ For Staff Use Only:
Income verified in chart #	Staff Name:



# Oregon Department Raza, grupo étnico, idioma y of Human Services discanacidad (DEALD) discapacidad (REALD)



Las siguientes preguntas son opcionales y sus respuestas son confidenciales. Nos gustaría que nos dijera cuál es su raza, grupo étnico, idioma y niveles de discapacidad para que podamos encontrar y abordar las diferencias de salud y servicios.

aza y grupo étnico	<i>.</i>			
	<b>étnico, origen tribal, país de origen o asc</b> be su <b>identidad racial o étnica</b> ? Marque <b>T</b>			
Hispano(a) y Latino(a/x)  ☐ Centroamericano(a) ☐ Mexicano(a) ☐ Sudamericano(a) ☐ Hispano(a) o latino(a/x) de otro origen  Indígena de Hawái y Isleño(a) del Pacífico ☐ CHamoru (chamorro(a)) ☐ Marshalés(a) ☐ Comunidades de la región de Micronesia ☐ Nativo(a) de Hawái ☐ Samoano(a) ☐ Nativo(a) de otras Islas del Pacífico	Indígenas norteamericanos y nativos de Alaska  ☐ Indígena estadounidense ☐ Nativo(a) de Alaska ☐ Inuit canadiense, métis o indígena canadiense (First Nation) ☐ Indígena mexicano, centroamericano o sudamericano  Negro(a) y afroestadounidense ☐ Afrocaribeño(a) ☐ Etíope ☐ Somalí ☐ Africano(a) de otro origen (negro) ☐ Otro grupo étnico negro	Asiática Indígena asiático(a) Camboyano(a) Chino(a) Comunidades de Myanmar Filipino(a) Hmong Japonés(a) Coreano(a) Laosiano(a) Del sur de Asia Vietnamita Otros asiáticos		
Blanca  ☐ De Europa del Este ☐ Eslavo(a) ☐ De Europa Occidental ☐ Otro grupo étnico blanco	De Oriente Medio/del Norte de África  ☐ De Oriente Medio ☐ Del Norte de África	Otras categorías  Otra (indique)  No sé  No deseo responder		
Si marcó <b>más de una</b> de las categorías  ☐ Sí. Encierre en un círculo su princo o étnica.  ☐ No tengo solo una identidad racia ☐ No. Me identifico como birracial o	□ No sé al o étnica principal. □ No deseo res	rqué una de las categorías anteriores		

Idioma (Hay interpretes disponible gratis) 4a. ¿Qué idioma o idiomas usa usted en su hogar?										
Pase a la pregunta 7 si respondió solo inglés										
4b. Al comunicarnos con usted en persona, por teléfono o virtualmente, ¿qué idioma prefiere?										
4c. ¿En qué idioma desea que le escribamos?										
	<b>5a.</b> Al comunicarnos con usted ¿necesita o desea un intérprete?									
	☐ Sí ☐ No ☐ No sé ☐ No deseo responder									
	5b. Si necesita o desea un intérprete, ¿qué (clase/tipo) de intérprete prefiere?									
	☐ Intérprete de lengua hablada ☐ Intérprete de sordos para sordociegos y otras barreras adicionales, o ambos									
☐ Intérprete de lengua de señas ☐ Intérprete de lengua de señas de contacto (PSE)										
estadounidense (ASL)  Otros <i>(por favor, mencione)</i> :										
Pase a la pregunta 7 si no usa otro idioma que no sea el inglés o la lengua de señas										
6. ¿Cuán bien habla usted el inglés?										
	☐ Muy bien ☐ Bien ☐ No bien ☐ Nada ☐ No sé ☐ No deseo responder									
		0′	+0:	NI.	N.	Ma da	Neach			
	Sus respuestas a las siguientes preguntas son confidenciales. Isamos esta información para encontrar diferencias entre la salud	Sí	*Si es así, ¿a	No	No sé	No deseo responder	No sabe qué se le			
y los servicios para las personas con o sin dificultades realizando			qué edad		36	responder	pregunta en			
S	us funciones diarias. (* <i>Por favor, escriba "no sé" si no sabe cuándo</i>		inició esta				esta pregunta			
	contrajo esta condición, o "no deseo responder" si no quiere		condición?							
_	esponder a la pregunta)									
/.	¿Es usted una persona sorda o tiene una dificultad seria para oír?									
8.	i i									
	aunque lleve puestos espejuelos o lentes?									
Deténgase aquí si usted/la persona tiene menos de 5 años										
9.	¿Tiene una dificultad seria para caminar o subir las escaleras?									
10.	Debido a una condición física, mental o emocional, ¿tiene una dificultad seria para <b>concentrarse, recordar o tomar decisiones</b> ?									
	· ·									
11.										
12.	¿Tiene una dificultad seria para aprender a hacer cosas que la mayoría de las personas de su edad pueden aprender?									
13.										
	dificultad seria para comunicarse, por ejemplo, para comprender y									
	hacerse comprender por los demás?									
	Deténgase aquí si usted/la persona tiene meno	os de	15 años							
14.	,									
	dificultad para hacer diligencias o mandados solo(a), tal como ir									
	al consultorio de un médico o ir de compras?									
15.	,									
	la intensidad de sus emociones, controlando su comportamiento o padece de delirios o alucinaciones?									



## Your right to get an estimate of healthcare costs

If you don't have health insurance or aren't using insurance, La Clinica must give you an estimate of the bill before you get care. This is called a "good faith estimate." It is required by law.

Here's what you need to know about this estimate of how much your health care will cost.

- You have the right to get a good faith estimate for the total expected cost of any nonemergency items or services. This includes related costs like medical tests, prescription drugs, dental services, equipment, and hospital fees.
- For appointments set 3 or more days in advance, your healthcare provider must give you a written estimate at least 1 business day before you get care. You also can ask La Clinica or any provider you choose for an estimate before you schedule care.
- If you get a bill that is more than \$400 over your good faith estimate, you can dispute the bill.
- Make sure to save a copy or picture of your good faith estimate.

For questions or more information about your right to a good faith estimate, visit www.cms.gov/nosurprises or call our billing department at 541-535-6239.

### Su derecho a obtener un estimado de los costos de cuidado de salud

Si no tiene seguro médico o no está usando un seguro, La Clinica tiene que darle un estimado de la factura antes de recibir cuidado médico. Esto se llama una "estimado de buena fe". Es requerido por ley.

Esto es lo que necesita saber sobre el estimado de cuánto costará su cuidado de salud.

- Usted tiene el derecho de recibir un estimado de buena fe para el costo total anticipado de cualquier artículo o servicio que no sea de emergencia. Esto incluye costos relacionados como pruebas médicas, medicamentos recetados, servicios dentales, equipos y tarifas hospitalizarías.
- Para las citas programadas con 3 o más días de anticipación, su proveedor de cuidado de salud debe darle un presupuesto por escrito al menos 1 día de trabajo antes de recibir cuidado médico. También puede preguntarle a La Clinica o a cualquier proveedor que elija por un estimado antes de una cita de cuidado médico.
- Si recibe una factura que es más de \$400 sobre el estimado de buena fe, puede disputar la factura.
- Asegúrese de guardar una copia o imagen de su estimado de buena fe.

Para preguntas o más información sobre su derecho a un estimado de buena fe, visite www.cms.gov/nosurprises o llame a nuestro departamento de facturación al 541-535-6239.

# **© LA CLINICA**

Scan this code to read La Clinica's Notice of Privacy Practices in English.



https://laclinicahealth.org/privacy

Escanee este código para leer el aviso de prácticas de privacidad de La Clínica en español.



https://laclinicahealth.org/privacidad

Scan this code to read La Clinica's Patient Rights and Responsibilities in English.



https://laclinicahealth.org/rights

Escanee este código para leer los derechos y responsabilidades del paciente de La Clínica en español.



https://laclinicahealth.org/derechos

You can get these documents in other languages, printed, large print, or braille. Email communications@laclinicahealth.org or call 541-512-3114.

Puede obtener estos documentos en otros idiomas, impresos, en letra grande o en braille. Envie un correo electrónico a communications@laclinicahealth.org g o llame al 541-512-3114.