

SANDY HIGH SCHOOL CENTRO DE SALUD
37400 Bell St. Sandy, OR 97055 (503) 668-3483

Estimado estudiante y padres del distrito escolar de Oregon Trail,

Los estudiantes del distrito escolar de Oregon Trail tienen acceso a servicios de salud física, mental, oral y preventiva en el Centro de Salud y Bienestar de Rex Putnam. La clínica tiene una enfermera familiar calificada para ejercer la medicina y también un/a especialista en salud mental y un/a asistente médico certificado. Que están dedicados a crear un lugar seguro y un ambiente agradable para los estudiantes de K-12.

Los estudiantes son bienvenidos a fijar su propia cita o también los padres puedan fijar una cita para sus hijos, durante las horas de la escuela que son, de lunes a viernes de 7:00 am a 3:00 pm. La clínica está cerrada cuando la escuela está cerrada. Si desean puedan llenar el formato de consentimiento de tratamiento para tu hijo/a y entregarlo durante la matrícula.

A ningún estudiante se le niega los servicios por falta de seguro de salud, pero cuando es posible se facturará a la seguridad. No se cobra copago. Los estudiantes y sus familias no serán responsables por el balance no cubierto por el seguro. Si tienes seguro por favor traer su tarjeta a la cita. Por favor llenar el formulario de consentimiento de tratamiento y entregarlo con los papeles de matrícula. La posibilidad de facturar a la compañía de seguros ayuda a apoyar el funcionamiento de nuestra clínica.

Los siguientes servicios de nuestra clínica se enfocan en prevenir enfermedades y promover comportamientos saludables:

- Diagnóstico y tratamiento de lesiones y enfermedades, referencias a atención especializada según sea necesario.
- Examen físico completos, exámenes físicos de deportes, y chequeos de conmociones.
- Servicios de salud mental y emocional.
- Salud educativa y consejería de bienestar.
- Chequeos de la presión sanguínea y visión.
- Exámenes de laboratorio y vacunas.
- Coordinación de cuidado del estudiante con su proveedor.

Llámanos al 503-668-3483 durante el año escolar para hacer una cita o si tienen preguntas.

Sinceramente,



Kim Ball, Director

Erin De Armond-Reid, Gerente, School Based Health Center



(503) 723-4954

* El condado de Clackamas opera una clínica de salud para la comunidad lunes a viernes, 3pm a 8pm, durante todo el año. En el mismo lugar.



**SANDY HIGH SCHOOL CENTRO DE SALUD
FORMA DE COLECCIÓN DEL LA ASEGURANZA**

Nombre del estudiante: _____

Fecha de nacimiento: _____

Seguro: _____

Numero de Póliza: _____

Numero de grupo: _____

Nombre del poseedor de la póliza del seguro: _____

Fecha de nacimiento del poseedor de póliza del seguro: _____

Número de teléfono y la dirección del seguro de salud (Al reverso de la tarjeta del seguro):

Representantes de la clínica estarán disponibles durante la matrícula para aceptar tu seguro. Una copia de tu tarjeta del Seguro de adelante y atrás puedan reemplazar este formulario.

*Esta información será usada si su hijo/a tiene una cita con la enfermera y/o con la terapeuta de salud mental en el centro de colegio durante el año escolar. No se requiere de copago, y los estudiantes o sus familiares no son responsables del pago del balance que la compañía de seguros no cubre. La clínica esta localizada al frente del parqueo principal y provee servicios de medicina completa, salud preventiva y mental.

Consentimiento para el tratamiento en Clackamas Health Centers

Nombre del paciente _____

Consentimiento para tratamiento

Doy permiso a los proveedores de atención médica, miembros del equipo de atención y asociados de Clackamas Health Centers para que determinen mi diagnóstico y me proporcionen un tratamiento. Doy mi consentimiento para todos y cada uno de los tratamientos, incluidos, entre otros, exámenes físicos, exámenes psicológicos, procedimientos de laboratorio y otros procedimientos relacionados con el diagnóstico y tratamiento de rutina, según lo consideren apropiado los proveedores de atención médica, los miembros del equipo de atención y los asociados del consultorio.

Comprendo que tengo derecho a recibir información sobre los riesgos y beneficios esperados del tratamiento.

Comprendo que puedo iniciar y suspender el tratamiento cuando lo desee.

Autorización de pago

Comprendo que los servicios se proporcionarán, independientemente de si tengo o no seguro médico.

Entiendo del descuento cuota deslizante de los centros de salud de Clackamas. Entiendo que si se aprueba para una tarifa de descuento, yo todavía puedo esperar pagar una cantidad nominal para cada visita. Reconozco que no todos los servicios que me pueden ser son elegibles para recibir un descuento. Reconozco que no todos los servicios que recibo pueden ser elegibles para un descuento y yo podría ser responsable de los honorarios.

Por el presente autorizo y solicito el pago de los servicios por parte de Medicare, Medicaid u otros planes de seguro o los pagadores en mi nombre a Clackamas Health Centers. Por el presente cedo a Clackamas Health Centers todos los pagos por los servicios de tratamiento.

Autorizo a Clackamas Health Centers a proporcionar a mis compañías de seguro toda la información necesaria para procesar reclamos de seguros. Autorizo a que cualquier pago de mis compañías de seguro se realice directamente a Clackamas Health Centers.

Autorizo a Clackamas Health Centers a divulgar a las compañías de seguro la información sobre el tratamiento necesaria para procesar mis reclamos.

Aviso de prácticas de privacidad y otros materiales impresos

He recibido el Aviso de prácticas de privacidad de Clackamas Health Centers e información sobre mis derechos y responsabilidades, el proceso de reclamo, confidencialidad, riesgos y beneficios del tratamiento, y opciones de servicios ofrecidos por Clackamas Health Centers.

Firma del paciente/representante del paciente

Nombre en letra de molde del paciente/representante del paciente

Fecha

Relación del representante con el paciente

En virtud de la ley de Oregón

Un menor de cualquier edad puede dar su consentimiento sin informar a su padre o tutor para recibir servicios de anticoncepción o tratamiento de una infección de transmisión sexual.

Un menor que tenga más de 14 años puede dar su consentimiento para recibir tratamiento de salud mental o por abuso de sustancias sin informar a sus padres o tutor.

Un menor que tenga más de 15 años puede dar su consentimiento para recibir tratamiento médico sin informar a sus padres o tutor.

ORS 109.610, 109.640, 109.675

Etiqueta del paciente (solo para uso interno)