



NKN STUDENT HEALTH & WELLNESS CENTER

24705 US-101, Rockaway Beach, OR 97136
Dirección postal: PO Box 176, Wheeler, OR 97147
Teléfono: 503-355-3500 | Fax: 844-720-1901

Received by: _____
Entered by: _____

Nehalem Bay Centro de Salud (anteriormente conocido como Clínica Rinehart) es el patrocinador médico del Centro de Salud y Bienestar Estudiantil NKN y opera de acuerdo con las pautas establecidas por Ley de Oregón (Estatutos revisados de Oregón: 109.610, 109.640, 109.675, 109.680). Todos los servicios serán proporcionados por el equipo de atención médica de Nehalem Bay Centro de Salud.

Fecha de hoy: _____

FORMULARIO DE REGISTRO DE PACIENTES

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre (primero, segundo, apellido): _____ Nombre de preferencia: _____

N.º de seguro social: _____ Género: _____ Fecha de nacimiento: _____

Pronombres de preferencia: _____

Dirección postal: _____

Dirección física (si es diferente): _____

Teléfono del hogar: _____ ¿Se puede dejar un mensaje detallado? Sí No

Teléfono celular: _____ ¿Se puede dejar un mensaje detallado? Sí No

Dirección de correo electrónico: _____

Contacto de emergencia: ¿Con quién nos debemos comunicar en caso de una emergencia?

Nombre: _____ Relación con usted: _____

Teléfono principal: _____ Otros números telefónicos: _____

¿Tiene un proveedor de atención primaria? Sí No

Si la respuesta es "sí", indique el nombre de su proveedor: _____

¿Desea que el Centro de Salud y Bienestar Estudiantil NKN/Nehalem Bay Centro de Salud sea su proveedor de atención primaria? Sí No

INFORMACIÓN DE LOS PADRES/TUTORES (solo necesario para menores de 18 años).

Nombre de la madre: _____ Teléfono: _____ Idioma principal: _____

¿Necesita un intérprete? Sí No

Nombre del padre: _____ Teléfono: _____ Idioma principal: _____

¿Necesita un intérprete? Sí No

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Fecha: _____

Nombre del tutor: _____ Teléfono: _____ Lengua materna: _____

(Si no es uno de los padres.)

¿Necesita un intérprete? Sí No

OTRA INFORMACIÓN

Idioma de preferencia: _____ ¿Necesita un intérprete? Sí No

¿Tiene una discapacidad visual? Sí No

¿Tiene una dificultad auditiva? Sí No

Situación de vivienda – Marque las opciones que mejor describan su hogar:

¿Se considera una persona sin hogar? Sí No

Actualmente no es una persona sin hogar, pero sí lo ha sido en los últimos 12 meses. Vive con amigos/familia.

Vive en un refugio. Calle/campamento/puente. Vive en una vivienda de transición.

¿Con quién vive? Madre Padre Con ambos, padre y madre Otro: _____

Raza y Etnia

Etnia (marque una opción): No hispano mexicano, mexicoamericano, chicano/a cubano/a

puertorriqueño/a Otro hispano/latino/a o español Origen desconocido Prefiero no contestar

Raza/Herencia (por favor, marque todas las opciones que correspondan):

Alaska Nativo Americano Indio Indio Asiático Negro/Afroamericano chino Filipino

Guamaní o Chamorro Japonés Coreano Nativo Hawaiano Otro Asiático

Otro Isleño del Pacífico Samoano Vietnamita Blanca Desconocido Prefiere no responder

Estatus de veterano: ¿Alguna vez sirvió en las fuerzas armadas? Sí No Prefiere no responder.

INFORMACIÓN DEL SEGURO DE LA PERSONA RESPONSABLE DEL PAGO:

¿Tiene seguro de salud? Ningún seguro de salud Plan de Salud de Oregon Seguro privado

Si tiene seguro de salud, complete lo siguiente:

Compañía de seguro: _____ Número de grupo: _____

N.º de ID: _____ Fecha de entrada en vigencia: _____

Nombre del titular de la póliza: _____ Relación con el paciente: _____

Fecha de nacimiento del titular de la póliza: _____ N.º de seguro social del titular de la póliza: _____

¿Tiene algún otro seguro médico? Sí No Si la respuesta es "sí", complete la siguiente sección.

Compañía de seguro: _____ Número de grupo: _____

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Fecha: _____

N.º de ID: _____ Fecha de entrada en vigencia: _____

Nombre del titular de la póliza: _____ Relación con el paciente: _____

Fecha de nacimiento del titular de la póliza: _____ N.º de seguro social del titular de la póliza: _____

RECONOCIMIENTOS

Por favor, escriba sus iniciales en todas las casillas a continuación para confirmar que ha leído o recibido lo siguiente:

_____ **Derechos y responsabilidades del paciente/ Aviso de prácticas de privacidad** – Reconozco que he recibido una copia de los Derechos y responsabilidades del paciente/Aviso de prácticas de privacidad del Centro de Salud y Bienestar Estudiantil NKN.

_____ **Reconocimiento de denuncia obligatoria** – Entiendo que el Centro de Salud y Bienestar Estudiantil NKN está obligado por ley a denunciar cualquier situación insegura a Bienestar Infantil (Child Welfare) o a la policía.

Información del Distrito Escolar Neah-Kah-Nie

¿A qué escuela asistes? Escuela Primaria Nehalem Escuela Primaria Garibaldi NKN Middle School

NKN High School Educación en el hogar o escuela en línea con actividades del distrito (deportes)

Otros: _____