



# 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

La Clínica Rinehart es el patrocinador médico del Centro de Salud y Bienestar para Estudiantes de NKN (*NKN Student Health & Wellness Center*) y funciona de acuerdo con las pautas establecidas por la ley de Oregon (Estatutos revisados de Oregon: 109.610, 109.640, 109.675, 109.680). Todos los servicios serán proporcionados por el equipo de atención médica de la Clínica Rinehart.

Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

## FORMULARIO DE REGISTRO DEL PACIENTE

### 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 para Estudiantes de NKN/Clínica Rinehart sea su proveedor de atención primaria?  Sí  No

### INFORMACIÓN DE PADRES/TUTORES (Solo necesario para menores de 18 años).

Nombre de la madre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Lengua materna: \_\_\_\_\_  
¿Necesita un intérprete?  Sí  No

Nombre del padre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Lengua materna: \_\_\_\_\_  
¿Necesita un intérprete?  Sí  No

Nombre del tutor: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Lengua materna: \_\_\_\_\_  
(Si no es uno de los padres.) ¿Necesita un intérprete?  Sí  No

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nac.: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## 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):  Hispana  No hispana  Prefiere no responder  Desconocida

Raza/herencia (marque todas las opciones que correspondan):

Nativa de Alaska  Indígena americana  Asiática  Afrodescendiente/afroamericana  Blanca

Nativa de Hawái  Isleña del Pacífico  Desconocida  Prefiere no responder  Más de una raza

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

## INFORMACION DEL SEGURO DE LA PERSONA RESPONSABLE POR EL 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: \_\_\_\_\_

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: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nac.: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## RECONOCIMIENTOS

Escriba sus iniciales en todas las casillas a continuación para reconocer 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 para Estudiantes de NKN.

\_\_\_\_\_ **Reconocimiento de denuncia obligatoria** – Entiendo que el Centro de Salud y Bienestar para Estudiantes de NKN está obligado por ley a denunciar cualquier situación insegura a Bienestar Infantil o a la policía.

---

**Encuesta de Satisfacción del Paciente:** A los estudiantes entre 12 y 19 años que visiten el Centro de Salud y Bienestar para Estudiantes de NKN (*NKN Student Health & Wellness Center*) se les puede pedir que completen una encuesta anónima después de la visita. La encuesta pregunta sobre la satisfacción y experiencia de los estudiantes en el centro de salud, y también algunas preguntas generales sobre su estado de salud físico y mental. Los estudiantes pueden negarse a realizar la encuesta y esto no afectará su capacidad de recibir atención en el Centro de Salud y Bienestar para Estudiantes de NKN. Para ver una copia de la encuesta o si tiene preguntas sobre la encuesta, comuníquese con la Oficina del Programa Estatal del Centro de Salud Escolar en [sbhc.program@dhsosha.state.or.us](mailto:sbhc.program@dhsosha.state.or.us)