Received by: _____
Entered by: _____

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

El Centro de Salud Nehalem Bay cumple con la ley de Oregon (ORS 109.640, 109.675), que permite a los menores de 15 años o más dar su consentimiento para recibir atención médica y dental, y a los menores de 14 años o más dar su consentimiento para recibir tratamiento ambulatorio de salud mental o por consumo de sustancias sin la presencia de un padre o tutor. Los menores pueden firmar a cualquier edad su propio consentimiento para acceder a los servicios de salud reproductiva. Si bien alentamos la participación de los padres y podemos notificarles cuando sea clínicamente apropiado (ORS 109.650, 109.680), también nos aseguramos de que los expedientes de salud de los estudiantes permanezcan confidenciales y solo se compartan con el personal de la escuela según lo permita la ley o con una autorización específica por escrito.

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: _____

Nombre:_____ Fecha de nacimiento: _____ Fecha: _____

¿Necesita un intérprete? ☐ Sí ☐ No

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

¿Necesita un intérprete? ☐ Sí ☐ No

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: _____

Nombre:_____ Fecha de nacimiento: _____ Fecha: _____

Fecha de nacimiento del titular de la póliza: _____ N.ºde 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.ºde 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:_____