



2017 / 2018

WELLNESS HUBS

INTEGRATING HEALTH AND EDUCATION TO EMPOWER STUDENTS TO BE HEALTHY AND READY TO LEARN

Today's Date: _____ 2017-2018 Grade Level: _____ Age: _____

Student's Last Name: _____ First Name: _____ MI: _____

Preferred Name: _____ Date of Birth: _____ Gender: Male Female

Ethnicity: Hispanic Non-Hispanic Race: White Pacific Islander Native American Black Asian Other

Address: _____ City: _____ State: _____ Zip: _____

Allergies to Medications? Yes No Which ones? _____

Chronic Medical Conditions _____

Current Medications: _____

Where do you usually go for health care? _____

**Please send a copy of your insurance card and/or complete the Insurance Information form on the back

Parent / Emergency Contact Information

Name: _____ Relationship: _____ Phone Number: _____

Name: _____ Relationship: _____ Phone Number: _____

Consent for Services

I give permission for Umatilla County Wellness Hub nurse to provide medical services to the above-named student. I understand the following types of services are provided: physical health assessment, and treatment of illness and injury, vision / dental screenings, routine lab tests, immunizations, health education, over the counter medications, and referral for health care services not provided by the Wellness Hub.

I also authorize and give permission to the Wellness Hub to contact the above-named student's personal care physician to share medical information regarding ongoing medical needs.

I understand that the Wellness Hub is a collaboration between Wellness Hub staff, Umatilla School District (USD), InterMountain Education Service District (IMESD) and Umatilla County Public Health and that information regarding student well-being may be shared between Wellness Hub, IMESD, Public Health and USD staff for the safety, health, and overall academic success of the above-named student.

I authorize the release of any medical and protected health information necessary to process this claim and authorize payment of medical benefits for services by the Wellness Hub. Insurance will be billed for services provided at the Wellness Hub. Any services provided outside of the Wellness Hub (such as pharmacy, radiology, or labs) are the responsibility of the parent and/or guardian.

Wellness Hubs are required by law to maintain the privacy of your health information. A copy of the Notice of Privacy Practices is available at <http://www.umatillacounty.net/health/SBHC/PrivacyPracticesEnglish.pdf> I understand the Wellness Hub has the right to change this Notice at any time. A current copy is available upon request by contacting the Wellness Hub.

I have read the above information and have had the opportunity to ask questions. This consent will remain in effect for one year from date of signature. I understand I may revoke this consent at any time by providing a written notice to Wellness Hubs*.

Signature: _____ Relationship to Student: _____ Date: _____

*We support and encourage parental involvement in decisions about a child's health care. Oregon State Law requires the signature of a parent or guardian for medical treatment for students less than 15 years of age with the exception of family planning information and sexually transmitted infections. ORS 109.610, ORS 109.640.



2017 / 2018 WELLNESS HUBS

Students and their families do not pay for services received through Wellness Hubs. Wellness Hubs are funded through insurance, Medicaid, grants, and local support. Providing us with your insurance information allows us to bill your insurance and continue to provide the services to as many students as possible. Your insurance does not bill you, but you may see it on an explanation of benefits in the mail, and it may be credited to your deductible. Even if your insurance company does not pay for all or part of the cost, you will not incur any out-of-pocket expenses for services received by Wellness Hubs.

Families with no health insurance or who do not provide insurance information are referred for screening to see if they qualify for the Oregon Health Plan or other insurance programs. This coverage could fully insure your child for medical, dental, and emergency services. We strongly encourage you to apply for this valuable coverage.

If your insurance company sends a payment check directly to you, please endorse it to Umatilla County Public Health Department and bring it to the Wellness Hubs nurse.

Today's Date: _____

Student's Last Name: _____ First Name: _____ MI: _____

Date of Birth: _____

****Please let us make a copy of your insurance card or bring us a current copy****

Insurance Information

Oregon Health Plan / EOCCO: Yes No

Policy/ID Number: _____

Private Insurance Coverage? Yes No

Name of Insurance Company: _____ Effective Date: _____

Company/Claim Address: _____

Insurance Company Phone Number: _____

Policy / ID Number: _____ Group Number: _____

Name of Subscriber: _____ Subscriber's Date of Birth: _____

Subscriber's Relationship to Student: _____

Secondary Private Insurance Coverage? Yes No

Name of Secondary insurance company: _____ Effective Date: _____

Company/Claim Address: _____

Insurance Company Phone Number: _____

Policy / ID Number: _____ Group Number: _____

Name of Subscriber: _____ Subscriber's Date of Birth: _____

Subscriber's Relationship to Student: _____



2017 / 2018 CENTRO DE BIENESTAR

Integración De La Salud Y Educación Para Habilitar A Los Estudiantes A Ser Saludables Y Listos Para Aprender

Fecha de hoy: _____ 2017-2018 Nivel de Grado: _____ Edad: _____

Apellido del Estudiante: _____ Primer Nombre: _____ Segundo Nombre: _____

Nombre Preferido: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Genero: Masculino Femenino

Etnicidad: Hispano No-Hispano Raza: Blanco Indígena Isla del Pacífico Indígena Americano Raza Negra Asiático

Domicilio: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

¿Alergias a Medicamentos? Sí No ¿Qué Medicamentos? _____

Condiciones Médicas Crónicas _____

Medicamentos actuales: _____

¿A Dónde va usualmente para el cuidado de salud? _____

**** Por favor mande una copia de su tarjeta de Asegurancia, y/o llene la información de asegurancia atrás de la forma**

Información de Contacto de Padre/Emergencia

Nombre: _____ Relación _____ Número de Teléfono: _____

Nombre: _____ Relación _____ Número de Teléfono: _____

Consentimiento para Servicios

Yo doy el permiso para que la enfermera/o de Bienestar del Condado de Umatilla proporcione servicios médicos al estudiante nombrado/a arriba. Entiendo que los siguientes tipos de servicios están proporcionados a través del Centro de Bienestar: Evaluación de la salud física y tratamiento de la enfermedad y lesión, visión, pruebas de laboratorio rutinarios, inmunizaciones, educación para la salud, y sobre el medicamento sobre el mostrador. Remisión para los servicios de la atención sanitaria no proporcionados por el centro de la salud.

También autorizo y doy el permiso al Centro de Bienestar para entrar en contacto con el médico de cuidado personal de mi niño/a para compartir la información médica con respecto a necesidades médicas en curso.

Entiendo que el Centro de Bienestar esta en colaboración con el personal del Centro de Bienestar (USD), el Distrito Escolar de Umatilla (USD), el Distrito de Servicio Educativo InterMountain (IMESD) y la Salud Publica del Condado de Umatilla y que la información con respecto al bienestar del estudiante se puede compartir entre el personal del Centro de Bienestar y el personal de USD para la seguridad, la salud, y el éxito académico total del estudiante nombrado/a arriba.

Autorizo la divulgación de cualquier información médica y de salud protegida necesaria para procesar este reclamo y autorizar el pago de los beneficios médicos de los servicios por parte del Centro de Bienestar. La Asegurancia será facturada por los servicios prestados en el Centro Bienestar. Los servicios prestados fuera del Centro de Bienestar (como farmacia, radiología, o laboratorios), es responsabilidad de los padres y/o tutor.

El Centro de Bienestar esta requerida por ley de mantener la privacidad de su información de salud. Una copia de la Notificación de Practicas de Privacidad está disponible en <http://www.umatillacounty.net/health/SBHC/PrivacyPracticesEnglish.pdf> Entiendo que el Centro de Bienestar tiene el derecho de cambiar este aviso en cualquier momento. Una copia actualizada está disponible bajo petición en contacto con el Centro de Bienestar de Pendleton.

He leído la información de arriba y he tenido la oportunidad de hacer preguntas. Este consentimiento se mantendrá vigente por un año desde la fecha de la firma. Entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento*.

Firma: _____ Relación: _____ Fecha: _____

*Apoyamos y animamos la participación de los padres en decisiones sobre la salud de un niño/a. La ley del estado de Oregón requiere la firma de un padre o guardián para el tratamiento médico para estudiantes menores de 15 años con la excepción de la planificación familiar y enfermedades que son transmitidas sexualmente.



2017 / 2018 CENTRO DE BIENESTAR

Integración De La Salud Y Educación Para Habilitar A Los Estudiantes A Ser Saludables Y Listos Para Aprender

Estudiantes y sus familias no pagan por servicios recibidos a través de Centros de Bienestar. Centros de Bienestar son financiados a través de aseguranzas, Medicaid, concesiones y apoyo local. Proporcionándonos información de su aseguranza nos permite facturar su aseguranza y continuar a proveer los servicios a tantos estudiantes como sea posible. Su aseguranza no facturara, pero usted puede ver en una explicación de beneficios en el correo, y puede ser acreditado a su deducible. Incluso si su compañía de aseguranza no paga todo o parte del costo, usted no incurrirá en gastos de desembolso por servicios recibidos por Centros de Bienestar.

Familias sin aseguranza médica o que no proporcionan información sobre la aseguranza son remitidas para que investiguen si califican para el Plan de salud de Oregon u otros programas de aseguranza. Esta cobertura podría asegurar plenamente a su hijo/a para servicios médicos, dentales y de emergencias. Le recomendamos que aplique para esta valiosa cobertura.

Si su compañía de aseguranza envía un cheque de pago directamente a usted, por favor, endórselo al Departamento de Salud Pública del Condado de Umatilla y traerlo a la enfermera de Centros de Bienestar.

Fecha de hoy: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Apellido del Estudiante: _____ Primer Nombre: _____ Segundo Nombre: _____

**** Por favor déjenos hacer una copia de su tarjeta de aseguranza o tráiganos una copia**

Información sobre su Aseguranza

El Plan de Salud de Oregon/EOCCO:

Póliza/Número de Identificación: _____

Aseguranza Privada:

Nombre de la compañía de Aseguranza: _____ Día Efectiva: _____

Compañía/Dirección de la demanda: _____

Número de Teléfono de la compañía de Aseguranza: _____

Póliza/ Número de Identificación: _____ Número de Grupo: _____

Nombre de la persona que está Asegurada: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Su Relación al Estudiante: _____

¿El estudiante tiene una segunda Aseguranza? Sí No

Segunda Aseguranza Privada

Nombre de la compañía de Aseguranza: _____ Día Efectiva: _____

Compañía/Dirección de la demanda: _____

Número de Teléfono de la compañía de Aseguranza: _____

Póliza/ Número de Identificación: _____ Número de Grupo: _____

Nombre de la persona que está Asegurada: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Su Relación al Estudiante: _____