



**2015 / 2016**  
**CENTRO DE BIENESTAR**  
INTEGRACIÓN DE LA SALUD Y EDUCACIÓN PARA HABILITAR A LOS ESTUDIANTES A SER SALUDABLES Y LISTOS PARA APRENDER

**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 e investigaciones dentales, pruebas de laboratorio rutinarios, inmunizaciones, educación para la salud, y sobre el medicamentó 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. 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.



# 2015 / 2016 CENTRO DE BIENESTAR

Fecha de hoy: \_\_\_\_\_ Nivel de Grado: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_  
Apellido del Estudiante: \_\_\_\_\_ Primer Nombre: \_\_\_\_\_ Segundo Nombre: \_\_\_\_\_  
Nombre Preferido: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Genero:  Masculino  Femenino  
Etnicidad:  Hispana  No-Hispana  
Raza:  Blanca  Indígena Isla del Pacifico  Indígena Americana  Raza Negra  Asiático  
Domicilio: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

## Información de Contacto de Padre/Emergencia

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_  
Número de Teléfono: \_\_\_\_\_  
Nombre: \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_  
Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

## Información sobre su Aseguranza

### El Plan de Salud de Oregon/EOCCO

Póliza/Número de Identificación: \_\_\_\_\_

### Compañía de 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

## Información de Salud

¿Alergias a Medicamentos?  Sí  No ¿Qué Medicamentos? \_\_\_\_\_  
Enfermedad Medica Crónica \_\_\_\_\_  
Medicamentos actuales: \_\_\_\_\_  
¿Dónde sabe ir para el cuidado de la salud? \_\_\_\_\_