

Es muy importante que tengamos la información correcta del paciente/familia– **Por favor escriba claramente.**

CONTACTO PRIMARIO POR LA FAMILIA (persona preferida para llamada telefónica de recordatorio de cita)

Marque uno: Madre biológica Madrastra Madre adoptiva Madre de crianza Tutor Legal Otro: _____
 Padre biológico Padrastro Padre adoptivo Padre de crianza

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____

Teléfono de Casa: _____ Celular: _____ Teléfono de Trabajo _____

Dirección: _____ Correo electrónico: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Vive con paciente? Sí No Nombre del Empleador: _____

Marque el método preferido de comunicación:

Mensaje: Tel. Casa Celular Tel. Trabajo Correo Electrónico

Recordatorio de cita: Tel. Casa Celular Tel. Trabajo Correo Electrónico

Cuestión médica: Tel. Casa Celular Tel. Trabajo Correo Electrónico

Aviso de revocación: Tel. Casa Celular Tel. Trabajo Correo Electrónico

Portal del Paciente (sitio de web): Mensaje de Texto (Tel Celular) Correo Electrónico Personal Correo Electrónico de Trabajo

“Yo doy la autorización para permitir mensajes detallados que quedará a correo de voz con respecto a cualquier condición médica, los tratamientos, y/o los resultados de pruebas, para los niños en este formulario.” _____

Firma del Padre/Tutor Legal

CONTACTO SECUNDARIO POR LA FAMILIA

Marque uno: Madre biológica Madrastra Madre adoptiva Madre de crianza Tutor Legal Otro: _____
 Padre biológico Padrastro Padre adoptivo Padre de crianza

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____

Teléfono Casa: _____ Celular: _____ Teléfono de Trabajo _____

Dirección: _____ Correo electrónico: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Vive con paciente? Sí No Nombre del Empleador: _____

¿QUIEN TIENE CUSTODIA PRIMARIA? (si es aplicable) _____

Si los contactos mencionados arriba NO son los PADRES BIOLÓGICOS, LOS DOS PADRES BIOLÓGICOS (si son conocidos) deben ser listados:

Madre biológica: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____

Padre biológico: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____

Si cualquiera de los padres mencionados arriba no tiene derechos de los padres de acuerdo a UN ORDEN FIRMADA DE LA CORTE, una copia del ORDEN DE LA CORTE es requerido estar en el archive aquí.

SI LA TARJETA DE SEGURO NO SE PRESENTA EN CADA CITA, UD. SERÁ CONSIDERADO UNA PERSONA SIN SEGURO.

¿QUIEN ES EL GARANTIZADOR FINANCIERO? – Si el garantizador financiero es un contacto en esta página, solamente complete la primera línea.

Esta persona recibirá los documentos de facturaciones en el correo.

(Los padres deben estar de acuerdo en esto y hacer arreglos entre ellos para la cuestión de pago. El personal de Drs. Clarke, Nielsen, Resk y Stoeber no puede involucrarse con argumentos domésticos sobre quien recibe los documentos de facturaciones.)

Nombre: _____ Relación al paciente: _____

Dirección: _____ Teléfono casa _____ Celular: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Vive con paciente? Sí No

Nombre del Empleador: _____

Haga una lista solamente de los niños con la información de los padres en este formulario (Si alguno niño tiene padres diferentes de la información que está escrito en este formulario, necesita un formulario nuevo para este niño.)

	Niño 1 ↓	Niño 2 ↓	Niño 3 ↓	Niño 4 ↓
Primer nombre				
Primer letra de segundo nombre				
Apellido				
Sexo	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Fecha de nacimiento				
Idioma que prefiere hablar en la oficina	<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro:	<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro:	<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro:	<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro:
Origen étnico	<input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No hispano	<input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No hispano	<input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No hispano	<input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No hispano
Raza	<input type="checkbox"/> Americano Nativo <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Islas del Pacífico	<input type="checkbox"/> Americano Nativo <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Islas del Pacífico	<input type="checkbox"/> Americano Nativo <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Islas del Pacífico	<input type="checkbox"/> Americano Nativo <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Islas del Pacífico
¿Quién es su doctor primario?	<input type="checkbox"/> Dr. Uyesugi <input type="checkbox"/> Dr. Nielsen/Corso <input type="checkbox"/> Dr. Resk <input type="checkbox"/> Dr. Stoeber	<input type="checkbox"/> Dr. Uyesugi <input type="checkbox"/> Dr. Nielsen/Corso <input type="checkbox"/> Dr. Resk <input type="checkbox"/> Dr. Stoeber	<input type="checkbox"/> Dr. Uyesugi <input type="checkbox"/> Dr. Nielsen/Corso <input type="checkbox"/> Dr. Resk <input type="checkbox"/> Dr. Stoeber	<input type="checkbox"/> Dr. Uyesugi <input type="checkbox"/> Dr. Nielsen/Corso <input type="checkbox"/> Dr. Resk <input type="checkbox"/> Dr. Stoeber

Yo entiendo que copias de la póliza financiera (que incluye las pólizas de citas faltadas, los honorarios de facturaciones, y colecciones) y el Aviso de Practicas de Privacidad se muestra en la oficina y en nuestro sitio de web. Yo entiendo que copias están disponibles cuando se solicite. Yo entiendo que estoy obligado por los términos de las pólizas y un incumplimiento podría resultar en un despido.

Yo entiendo que los dos padres biológicos, a menos que sus derechos paternales hayan sido rescindidos mediante una orden de la corte o mediante el proceso de adopción, tengan acceso a la divulgación completa a la información médica de sus hijos y pueden autorizar alguien para traer su hijo a sus citas en su ausencia. El acceso a la información médica no se limita al padre quien tiene custodia primaria.

Yo entiendo que el Patient Portal está en su lugar para mi beneficio, y si se usa mal mi acceso puede ser terminado por la práctica.

Yo entiendo que, para construir una relación de confianza con los adolescentes, los médicos no pueden revelar con los padres todos los problemas del adolescente que se discutieron durante las citas, con la excepción que el médico se siente el paciente es un peligro para sí mismo o ha sido abusado. Esta información confidencial no será accesible en el Portal.

Yo autorizo a que Drs. Nielsen, Resk, Stoeber y/o Uyesugi (Los Médicos), con mi solicitud, puedan enviar por fax cualquier formulario o registro de vacunas a la escuela de mi hijo.

Yo entiendo que Los Médicos proporcionan la información de inmunización al Sistema de Información de Inmunización de Oregon, y puedo optar por no enviar esta información de mi hijo notificando a Los Médicos por escrito.

Yo entiendo que las llamadas de recordatorio son para propósitos de cortesía, y personalmente soy responsable de saber las fechas y horas de mis citas programadas. **Yo entiendo** que soy responsable por todos los cargos si el seguro no cubre y que todo el copago es debido en el momento del servicio.

Estoy de acuerdo con las citas por pruebas del laboratorio y las citas de una especialista según lo ordenado por el médico.

Yo entiendo que la oficina requiere una notificación de 2 días hábiles para las solicitudes de recarga de medicamentos recetados.

Yo entiendo que **si hay ordenes de custodia** yo debería presentar **copias actuales** para el archive de mi niño. Si problemas de custodia interfieren con la provisión de atención médica adecuada, se le puede pedir que encuentre otra clínica que mejor se adapte a sus necesidades.

Yo autorizo que el doctor divulgue de cualquier información incluyendo el diagnóstico y los registros de algún tratamiento o examinación prestada a mi hijo a terceros pagadores, mi seguro médico, mi abogado, y/u otros médicos.

Yo autorizo que mi plan de seguro médico haga el pago directo de beneficios médicos, incluyendo beneficios importante, a Los Médicos.

Yo autorizo que los Drs. Nielsen, Resk, Stoeber y/o Uyesugo muestren fotografías de mis hijos en la oficina. → **Sí No**

Nombre (en letra de imprenta)

Relación al Paciente

Firma del Padre/Tutor Legal

Fecha