



Paquete de Bienvenida para Nuevos Pacientes  
Pediatría 0-5 años

Saludos,

¡Bienvenido a Orchid Health! Nuestras Clínicas de Salud se crearon con la convicción de que las comunidades rurales de nuestro estado merecen tener una asistencia médica de altísima calidad que sea local, integral y dedique tiempo a atender los aspectos más importantes de cada persona.

Hemos reunido a los siguientes profesionales para proporcionar una atención individualizada e integral:

Proveedor de atención primaria (PCP): Su PCP le ayudará a tomar decisiones importantes sobre su salud y puede ponerle en contacto con otro miembro del equipo asistencial para asegurarse de que recibe la mejor atención.

Asistente médico (MA): Su asistente médico será a menudo la primera persona con la que hable cuando tenga un problema de salud y colaborará estrechamente con su PCP para ayudar a apoyar cualquier necesidad de atención médica habitual que exista.

Coordinador de cuidados de enfermería (RN): En Orchid, contamos con enfermeras/os que le ayudan a diseñar un Plan de cuidados personalizado, que incluye la identificación de sus objetivos personales de salud y la planificación de los próximos elementos de salud preventiva.

Proveedor de salud mental (BH): Nuestros profesionales de salud mental están a su disposición para ayudarle con cualquier problema de salud mental, emocional o conductual que pueda tener. Esto puede incluir hacer cambios en el estilo de vida, tratar la tristeza o la soledad o problemas en casa o en la escuela.

Trabajador de la salud comunitaria (CHW): Nuestros trabajadores de la salud comunitaria están a su disposición para ponerlo en contacto con los recursos de la comunidad, brindarle asistencia para navegar por los sistemas, ayudarlo con preguntas sobre seguros, así como para ayudar a defender sus necesidades que pueden contribuir a mejorar los resultados generales de salud.

Adjuntamos nuestros formularios de registro de nuevos pacientes. Por favor, complete estos formularios lo mejor que pueda. Se incluye un *Formulario de Divulgación de Registros Médicos*, que nos permite solicitar sus registros médicos anteriores antes de su primera visita. Por favor, llene este formulario y entréguelo en nuestra clínica lo antes posible.

Para que podamos atenderle mejor:

1. Por favor, preséntese en la clínica 15 minutos antes de la hora de su cita.
2. Por favor, traiga su tarjeta de seguro y su identificación a su visita.
3. Traiga los frascos de los medicamentos que esté tomando.
4. Requerimos un aviso de 24 horas para cancelaciones.



¡Estamos aquí para servir a los residentes de nuestra comunidad rural!  
¡Bienvenidos a la familia Orchid Health!

**Oakridge:** Número de teléfono de la clínica 541-782-8304

- Estamos situados a 47815 Highway 58, Oakridge, justo al lado de la farmacia.
- Nuestro horario de atención al público es: lunes y viernes 8:30am a 5pm, martes, miércoles y jueves de 8:30 a.m. a 7:00 p.m. Para asistencia fuera de horario, llame al número de teléfono principal de nuestra clínica.

**Estacada:** Número de teléfono de la clínica 503-630-8550

- Estamos situados a 535 NE 6th Ave, Estacada, en el campus de la Escuela Secundaria, justo a la derecha de Estacada High School.
- Nuestro horario de atención al público es: lunes 8:30 a.m. a 5:00 p.m, martes 8:30 a.m. a 7:00 p.m., miércoles, jueves y viernes 8:30 a.m. a 5:00 p.m. Para asistencia fuera de horario, llame al número de teléfono principal de nuestra clínica.

**McKenzie River:** Número de teléfono de la clínica 541-822-3341

- Estamos ubicados en 51730 Dexter Street, Blue River justo al lado de la McKenzie River Hwy
- Nuestro horario de atención al público es: lunes a jueves de 8:30 a.m. a 5:00 p.m. Para asistencia fuera de horario, llame al número de teléfono principal de nuestra clínica.

**Fern Ridge:** Número de teléfono de la clínica 541-234-3255

- Estamos ubicados en 24934 Fir Grove Lane, Elmira, en el estacionamiento de la Escuela Secundaria.
- Nuestro horario de atención al público es: lunes, martes y jueves de 8:30 a.m. a 7:00 p.m. y de miércoles y viernes de 8:30 a.m. a 5:00 p.m. Para asistencia fuera de horario, llame al número de teléfono principal de nuestra clínica.

**Sandy:** Teléfono de la clínica 971-220-2701

- Estamos ubicados en 37400 Bell Street, Sandy, en el Centro de Salud Estudiantil del campus.
- Nuestro horario de atención al público es: lunes a viernes de 8:30 a.m. a 5:00 p.m. Para asistencia fuera de horario, llame al teléfono principal de nuestra clínica.

**Hoodland:** Teléfono de la clínica 971-333-0494

- Estamos ubicados en 24461 E. Welches Rd, Welches. Situado al lado del edificio de correos.
- Nuestro horario de atención al público es: lunes a viernes de 8:30 a.m. a 5:00 p.m. Para asistencia fuera de horario, llame al teléfono principal de nuestra clínica.

## FAQ - Preguntas frecuentes

- **¿Cómo puedo concertar una cita?**
  - La mayoría de la gente llama a nuestra clínica para concertar una cita.
  - También puede solicitar una cita a través de nuestro Portal del Paciente.
- **¿Necesitas cancelar tu cita?**
  - Requerimos un aviso de 24 horas para cancelaciones.
- **¿Qué es el Portal del Paciente?**
  - El Portal le permite enviar mensajes directamente a su Proveedor, en lugar de llamar. También le permite ver cualquier resultado de laboratorio y de imagen tan pronto como los recibamos.
  - Encontrará el enlace al portal en nuestra página web: [www.orchidhealth.org](http://www.orchidhealth.org) (esquina superior derecha). - Pida ayuda a cualquiera de nuestros empleados. Podemos enviarle un enlace por correo electrónico o configurarlo cuando venga.
  - Su información médica estará disponible a través de nuestro portal para pacientes, en inglés o español. El portal es compatible con diversas tecnologías de lectura de pantalla, incluyendo pruebas de daltonismo, para facilitar la accesibilidad a personas con discapacidad visual.
- **¿Llamando a la oficina?**
  - Nos esforzamos por responder a sus solicitudes con prontitud. Si llama a la clínica, le responderemos en un plazo de 24 a 48 horas hábiles para asuntos no urgentes. Si envía un mensaje a través del portal, recibirá una respuesta en un plazo de 2 días hábiles.
- **¿Y si necesito hablar con alguien después de que la oficina esté cerrada?**
  - Es muy fácil. Utilice el mismo número de teléfono al que llama normalmente y busque la opción de contactar con nuestro Servicio de Enfermería fuera de horario.
- **¿Cómo puedo volver a surtir mi receta?**
  - El mejor PRIMER paso es llamar a su farmacia y pedirles que le vuelvan a surtir el medicamento; ellos se comunicarán directamente con nosotros si es necesario.
  - Si tiene alguna dificultad, llámenos para que podamos resolvérsela. (¡O utilice el Portal del Paciente!) - Es necesario que cualquier "receta de medicación controlada" se entregue durante una cita. (Esto incluiría cosas como analgésicos, ciertos medicamentos para la ansiedad o el sueño, etc.).
- **¿Puedo hacerme análisis de sangre en Orchid?**
  - Sí, realizamos análisis para los pacientes que *se han establecido* con nosotros (Incluso si los solicita otro profesional de la salud).
- **¿Hacen radiografías en Orchid?**
  - No, lo sentimos, en este momento, no contamos con rayos X en ninguno de nuestros centros - pero podemos darle una orden para realizar su radiografía en su centro de diagnóstico por imágenes preferido.
- **¿Cómo puedo obtener los resultados de mis análisis o radiografías?**
  - La mayoría de los resultados de las pruebas se comparten en el portal para pacientes. Si no tiene una cuenta en el portal para pacientes, le llamaremos para comunicarle los resultados. Algunos profesionales de la salud pueden coordinar la revisión de sus resultados durante una visita programada. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con nosotros a través del portal o llame a su clínica. Estamos aquí para ayudarle.
- **¿Y si tengo problemas para pagar la visita o los análisis?**
  - No queremos que el dinero interfiera en el cuidado de su salud, así que por favor hable con nosotros acerca de cualquier dificultad que tenga.
  - Pregunte también por nuestro Descuento por Tarifa Móvil.
- **¿Atienden a niños, bebés y personas mayores?**
  - ¡Sí, sí y sí!
- **¿Cómo puedo informar un problema a Orchid Health?**
  - Los pacientes o familiares pueden reportar inquietudes sobre la calidad de la atención, la seguridad o el servicio a cualquier miembro del personal, del personal médico o del gerente de la clínica. También pueden comunicarse con el Departamento de Relaciones con el Paciente (que se indica a continuación) para expresar sus inquietudes o para enviar un cumplido.
  - **Relaciones con los pacientes – Orchid Health**
  - Correo electrónico: [patientrelations@orchidhealth.org](mailto:patientrelations@orchidhealth.org)
  - Dirección: PO Box 546 Gresham, Oregon 97030

## FORMULARIO DE REGISTRO ORCHID HEALTH – MENORES DE EDAD

(Escriba en letra de molde)

Nombre legal: \_\_\_\_\_ Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

*Nombre - Segundo nombre - Apellidos*

Nombre preferido/nombre por el que se le conoce: \_\_\_\_\_ Pronombres preferidos: \_\_\_\_\_

Sexo legal: Masculino/Femenino/Otro Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_

Nombre del padre/madre/tutor legal #1: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Vive con el menor: ☐ Sí ☐ No

Nombre del padre/madre/tutor legal #2: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Vive con el menor: ☐ Sí ☐ No

Dirección Física: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Dirección postal: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Teléfono celular: \_\_\_\_\_ ¿Acepta mensajes de texto? ☐ Sí ☐ No

Correo electrónico: \_\_\_\_\_ Método de comunicación preferido: \_\_\_\_\_ Idioma preferido: \_\_\_\_\_

Raza: (Puede elegir más de una si procede) ☐ Blanco ☐ Negro o afroamericano ☐ Asiático ☐ Indio americano o nativo

de Alaska ☐ Nativo de Hawai u otras islas del Pacífico ☐ Origen hispano o latino

Etnia: ☐ No hispano/ latino ☐ Hispano/latino ☐ Otro

Contacto de emergencia Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN SOBRE SEGUROS

(traiga su tarjeta de seguro a nuestra recepcionista)

Indique el nombre del seguro principal: \_\_\_\_\_

Número de ID del seguro \_\_\_\_\_ Número de grupo: \_\_\_\_\_

Nombre del INSCRITO: \_\_\_\_\_ NSS: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Relación del paciente con el inscrito: ☐ Propio ☐ Cónyuge ☐ Hijo ☐ Otro

Nombre del seguro secundario (si procede): \_\_\_\_\_

Número de ID del seguro \_\_\_\_\_ Número de grupo: \_\_\_\_\_

Nombre del INSCRITO: \_\_\_\_\_ NSS: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Relación del paciente con el inscrito: ☐ Propio ☐ Cónyuge ☐ Hijo ☐ Otro

### PERSONA financieramente responsable de las facturas y del pago:

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ FEC. NAC.: \_\_\_\_\_

Dirección postal: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

Mejor número de teléfono: \_\_\_\_\_

**\*\* ÚNICAMENTE PACIENTES VA DEBEN completar esta sección \*\***

Número de Seguridad Social o Número DBN de Titular de Póliza: \_\_\_\_\_

Nombre de Seguro: \_\_\_\_\_

## FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO - MENORES

La ley estatal de Oregón exige el consentimiento de los padres o tutores legales para proporcionar tratamiento médico a una persona menor de 15 años, con la excepción de los menores de 14 años para los servicios de salud sexual y mental. \*ORS 109.610, ORS 109.640, ORS 109.675.

Entiendo que Orchid Health ofrece los siguientes tipos de servicios:

- Exámenes físicos de rutina, incluidos los exámenes físicos deportivos
- Detección temprana, diagnóstico y tratamiento de enfermedades y tratamiento de lesiones leves
- Gestión de enfermedades crónicas
- Salud reproductiva adecuada a la edad
- Exámenes de laboratorio rutinarios, Vacunas
- Medicamentos recetados
- Servicios de salud mental
- Derivación a servicios sanitarios no proporcionados por Orchid Health

He leído y entiendo perfectamente la información anterior y he preguntado cualquier cosa que no me haya quedado clara. Entiendo que puedo revocar este consentimiento cuando lo desee.

Yo (padre/madre o tutor legal) \_\_\_\_\_ doy mi permiso para que mi hijo/a, \_\_\_\_\_, reciba atención médica/mental en Orchid Health.

### **Autorización de pago:**

Padre o Tutor: Asigno y autorizo el pago directo a Orchid Health de todos los beneficios del seguro y del plan que se deban pagar por el servicio(s) que recibo y autorizo la divulgación de cualquier registro médico necesario para facilitar el tratamiento de mi hijo/a para tramitar reclamaciones y según lo permitido o requerido en el Aviso de Privacidad. Entiendo plenamente que en el caso de que mi compañía de seguros o la parte financieramente responsable no pague por los servicios que recibo, seré financieramente responsable del pago. \*\* Los estudiantes de SBHC (Clínicas de Salud Escolares) reciben atención sin costo alguno para Orchid Health Services.

**Aviso de Privacidad:** Acuso recibo del Aviso de Privacidad de Orchid Health. Este aviso se puede encontrar en nuestro sitio web en los formularios del paciente, y también está disponible en la recepción de la clínica y en cualquier otro momento que lo solicite.

**Derechos y responsabilidades del paciente:** Acuso recibo de los Derechos y Responsabilidades del Paciente de Orchid Health. Estos se pueden encontrar en nuestro sitio web en los formularios del paciente, y también están disponibles en la recepción de la clínica y en cualquier otro momento que los solicite. Entiendo que tengo derecho a hacer preguntas y rechazar estos servicios. Reconozco que tengo derecho a rechazar la atención o retirar mi consentimiento para la atención, sin afectar mi derecho a atención o tratamiento futuro. Acuso recibo de información sobre los derechos del paciente y puedo aceptar o rechazar la atención en cualquier momento.

**Consentimiento para acceder a los historiales de recetas/farmacia, y para comunicarse con las redes hospitalarias locales a fin de acceder a la información de los historiales médicos:** Autorizo la divulgación de los antecedentes médicos de mi hijo/a, ya que es necesario contar con información precisa para brindar una atención médica exacta y de calidad.

**Consentimiento para recibir llamadas:** Doy mi consentimiento para recibir llamadas de Orchid Health para la atención médica protegida de mi hijo/a y otros servicios en el número(s) de teléfono proporcionado(s) a la clínica, incluyendo mi número de celular. Entiendo que mi compañía de telefonía móvil puede cobrarme por dichas llamadas y que éstas pueden ser generadas por un sistema de marcación automática.

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

Firma del padre/madre o tutor legal \_\_\_\_\_ Relación con el Paciente \_\_\_\_\_

## AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

### **Autorización para divulgar información a otros:**

Sin un permiso específico, **no** divulgaremos ninguna información médica a nadie más que a usted. En algunos casos, es posible que desee que otra persona tenga acceso a su información médica. Identifique a esas personas y su relación con usted (es decir, cónyuge, padre, hijo, hija, pareja, etc.).

### **Doy permiso para divulgar la siguiente información a las personas que se enumeran a continuación:**

- ☐ Toda la información de salud sobre mí creada o recibida por Orchid Health, que incluye registros médicos, gestión médica o de casos, facturación, pagos, reclamos e inscripción, salud mental, discapacidades del desarrollo, información o resultados de pruebas de SIDA/VIH, tratamiento de abuso de sustancias y alcohol, y pruebas genéticas.
- ☐ Toda la información de salud, **excepto**: salud mental, discapacidades del desarrollo, información o resultados de pruebas de SIDA/VIH, tratamiento por abuso de sustancias y alcohol, y pruebas genéticas.

Nombre	Relación	Número telefónico

### **Métodos de comunicación personal:**

Como paciente nuestro, es posible que necesitemos comunicarnos con usted fuera de nuestra clínica. Para garantizar su privacidad, nos gustaría que nos indique si está bien o no dejar información médica (como resultados normales de laboratorio) en un correo de voz si no podemos comunicarnos con usted.

**Teléfono de casa** \_\_\_\_\_

**Teléfono celular** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_ NO dejar mensajes

\_\_\_\_ NO dejar mensajes

\_\_\_\_ Sólo puede dejar números de devolución de llamada

\_\_\_\_ Sólo puede dejar números de devolución de llamada

\_\_\_\_ Puede dejar mensajes con detalles

\_\_\_\_ Puede dejar mensajes con detalles

**PLAZO:** Esta autorización permanecerá vigente por un período de **un año**. Puedo revocar esta autorización por escrito (en cualquier momento) como se describe en el Aviso de prácticas de privacidad de Orchid Health.

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

Firma del padre/madre o tutor legal \_\_\_\_\_ Relación con el Paciente \_\_\_\_\_



## Designación de Otra Persona para Autorizar la Atención Médica de Menores

Si yo, (padre/madre/tutor legal) \_\_\_\_\_, no puedo acompañar a mi hijo/a,  
(nombre del menor) \_\_\_\_\_, a la Clínica Orchid Health, doy  
permiso a (nombre de la persona) \_\_\_\_\_ de la siguiente manera (marque una opción):

- ☐ Doy permiso para que esta persona busque tratamiento médico para mi hijo(a) (incluyendo cualquier tipo de procedimiento) y dé su autorización para dicho tratamiento sin que tengan que ponerse en contacto conmigo.
- ☐ Doy permiso para que esta persona busque tratamiento médico para mi hijo/a (incluyendo cualquier tipo de procedimiento) y dé su autorización para dicho tratamiento en caso de que no puedan ponerse en contacto conmigo.
- ☐ Permiso verbal otorgado al personal de Orchid Health por el padre/tutor legal

\_\_\_\_\_  
Nombre de testigo (letra de imprenta)      Firma del testigo      Fecha

### Expiración del permiso (marque una opción):

☐ Este formulario permanecerá vigente hasta que sea revocado (llenando un " Formulario de revocación del consentimiento ")

☐ Este formulario es VÁLIDO ÚNICAMENTE durante el siguiente periodo de tiempo:

Fecha de entrada en vigor: \_\_\_\_\_ Fecha de expiración: \_\_\_\_\_

X \_\_\_\_\_  
(Firma del padre/madre o tutor)      (Fecha requerida)

Domicilio \_\_\_\_\_

Teléfono de casa \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo \_\_\_\_\_



## Divulgación de Expediente Médico

Nombre del paciente _____		Nombre anterior (si lo hay) _____	
FEC. NAC.: _____		Teléfono: _____	
Dirección _____		Ciudad _____	Estado _____ Código Postal _____

<b>Autorizo a que se divulgue la información DE:</b>  Nombre/Instalación: _____  Dirección: _____  Ciudad, Estado, CP: _____  Teléfono: _____	<b>Autorizo a que se divulgue la información A:</b>  Nombre/Instalación: _____  Dirección: _____  Ciudad, Estado, CP: _____  Teléfono: _____
---	--

**El propósito de esta solicitud es:**

☐ Atención médica referida  
 ☐ Atención transferida  
 ☐ Personal  
 ☐ Legal  
 ☐ Otro \_\_\_\_\_

**Tipo de información a ser divulgada:**

☐ Expediente médico completo *(Consta de los 2 últimos años de tratamiento, salvo que se especifique lo contrario)*  
☐ Otro (Especifique por favor): \_\_\_\_\_

**DEBE ESTAR RUBRICADO para que se incluya en los registros**

\_\_\_\_ Registros relacionados con VIH/SIDA \_\_\_\_ Registros relacionados con la salud mental \_\_\_\_ Información de pruebas genéticas \_\_\_\_ Drogas/Alcohol\*\*

\*\*LA REDIVULGACIÓN ESTÁ PROHIBIDA: Esta información le ha sido divulgada a partir de registros protegidos por las Reglas Federales de Confidencialidad (42 CFR Parte 2). Las reglas federales le prohíben hacer cualquier otra divulgación de esta información sin el consentimiento específico por escrito de la persona a la que pertenece o según lo permitido por 42 CFR Parte 2. Una autorización general para la divulgación de información médica o de otro tipo NO es suficiente para este fin.

**Todos los Registros serán enviados a través de fax a menos que se indique lo contrario.** Doy mi consentimiento para el envío por fax de mi expediente médico. Todos los documentos enviados por fax contienen una declaración de confidencialidad, sin embargo, entiendo que no se puede garantizar la confidencialidad en el extremo de recepción..      **SÍ**      **NO**

Mi firma indica que autorizo la divulgación de la información anterior y entiendo lo siguiente:

Entiendo que puedo elegir no firmar esta autorización y que mi elección de no firmar no será una base para afectar mi capacidad de recibir tratamiento.

Entiendo que puedo cancelar la autorización para utilizar y divulgar mi información en cualquier momento por escrito. A menos que se revoque antes, este consentimiento caducará a los 180 días de la fecha de la firma o permanecerá en vigor durante el periodo razonablemente necesario para completar la solicitud. Entiendo que este cambio no afectará la información que ya ha sido compartida.

Entiendo que las leyes federales y estatales protegen mi información médica. Sin embargo, mi información podría ser compartida con agencias o empresas que pueden no estar cubiertas por esta ley. Ellos podrían entonces compartir mi información con otros. Entiendo que no pueden compartir información relativa al VIH/SIDA, tratamiento de salud mental, tratamiento de alcoholismo y drogadicción o pruebas genéticas a menos que yo les dé permiso rubricando este permiso más arriba o según lo permita la ley. Entiendo que se me permite recibir una copia de esta Autorización..

\_\_\_\_\_

Firma del paciente/Persona legalmente responsable

\_\_\_\_\_

Relación con el paciente    Fecha

☐ **Wade Creek Clinic**  
535 NE 6<sup>th</sup> Ave • Estacada, OR 97023  
F: (866) 669-3334 Ph: (503) 630-8550

☐ **Oakridge Clinic**  
47815 Hwy 58 • Oakridge, OR 97463  
F: (855) 313-2095 Ph: (541) 782-8304

☐ **Fern Ridge Clinic**  
24934 Fir Grove Ln • Elmira, OR 97437  
F: (833) 673-0252 Ph: (541) 234-3255

☐ **McKenzie River Clinic**  
51730 Dexter Street • Blue River, OR 97413  
F: (833) 905-2303 Ph: (541) 822-3341

☐ **Sandy Clinic**  
37400 Bell St • Sandy, OR 97055  
F: (833) 903-3607 Ph: (971) 220-2701

☐ **Hoodland Clinic**  
24461 E Welches Road • Welches, OR 97067  
F: (833) 973-4292 Ph: 971-333-0494

**FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DE MARKETING DE ORCHID HEALTH**

¿Cómo supo de nosotros? (Marque una opción o proporcione los detalles si no aparece en la lista):

☐ Búsqueda en línea

☐ De boca en boca

☐ Redes sociales

☐ Anuncio impreso

☐ Vio un cartel

☐ Otro: \_\_\_\_\_

Yo, \_\_\_\_\_, doy mi consentimiento a Orchid Health para que me envíe comunicaciones de marketing por correo electrónico. Entiendo que tengo derecho a "cancelar" la recepción de dichas comunicaciones aunque haya firmado la opción de suscripción.

Entiendo y reconozco lo siguiente:

- 1. Propósito:** Las comunicaciones que lo animan a utilizar nuestros servicios se consideran marketing. Debemos obtener su autorización. Las comunicaciones de marketing pueden incluir información sobre los servicios de Orchid Health, promociones, eventos, boletines y otros materiales de atención médica relacionados.
- 2. Participación voluntaria:** Tengo derecho a elegir si deseo o no recibir comunicaciones de marketing de Orchid Health. La participación es totalmente voluntaria.
- 3. Privacidad:** Orchid Health tratará mi información personal de acuerdo con su política de privacidad y las leyes y reglamentos aplicables.

Opciones de consentimiento:

Indique su preferencia marcando la casilla correspondiente a continuación:

☐ Doy mi consentimiento para recibir comunicaciones de marketing de Orchid Health por correo electrónico.

☐ **NO** deseo recibir comunicaciones de marketing de Orchid Health.

Nombre del paciente o representante autorizado (en letra de molde): \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Si es un representante autorizado, indique su relación con el paciente \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

## **Declaración de no discriminación y accesibilidad:**

### **La discriminación es contraria a la ley**

Orchid Health cumple las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo (de acuerdo con el alcance de la discriminación sexual descrita en 45 CFR § 92.101(a)(2)). Orchid Health no excluye a las personas ni las trata de forma menos favorable por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo (incluidos el embarazo, la orientación sexual y la identidad de género).

Orchid Health:

- Proporciona a las personas con discapacidad modificaciones razonables y ayudas y servicios auxiliares apropiados y gratuitos para comunicarse eficazmente con nosotros, como por ejemplo:
  - Intérpretes de lengua de signos calificados
  - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos).
- Proporciona servicios gratuitos de asistencia lingüística a personas cuya lengua materna no es el inglés, que pueden incluir:
  - Intérpretes calificados
  - Información escrita en otros idiomas.

Si necesita modificaciones razonables, ayudas y servicios auxiliares adecuados o servicios de asistencia lingüística, póngase en contacto con el Responsable de Cumplimiento.

Si cree que Orchid Health no le ha prestado estos servicios o le ha discriminado de alguna otra forma por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja en:

- El Responsable de Cumplimiento
- PO BOX 546 GRESHAM, OR 97030
- [patientrelations@orchidhealth.org](mailto:patientrelations@orchidhealth.org)
- 541-246-7133

Puede presentar una queja en persona o por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja, el Responsable de Cumplimiento está a su disposición para ayudarlo.

También puede presentar una queja sobre derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU., por vía electrónica a través del portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en: <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo o teléfono en:

U.S. Department of Health and Human Services  
200 Independence Avenue, SW  
Room 509F, HHH Building  
Washington, D.C. 20201  
1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Los formularios de denuncia están disponibles en: <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>  
Este aviso está disponible en la página web de Orchid Health: [www.orchidhealth.org](http://www.orchidhealth.org).

## Historial médico de paciente nuevo - Pediatría 0-5 años

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Fecha de hoy \_\_\_\_\_

**Problemas médicos actuales** (de lo que le gustaría hablar hoy):

---

---

**Indique si su hijo/a es alérgico a algún medicamento:**

Nombre del medicamento. Reacción

---

---

**Por favor, indique cualquier medicación que su hijo/a esté tomando actualmente, incluyendo medicamentos sin receta, suplementos de hierbas o vitaminas:**

Nombre del medicamento. Dosis. Indicaciones (con qué frecuencia se le debe dar)

---

---

### Vacunas

¿Sigue las fechas de vacunación recomendadas por los Centros para el Control de Enfermedades (CDC)? ☐ Sí ☐ No

Explique si cambia las fechas recomendadas: \_\_\_\_\_

¿Ha estado su hijo/a hospitalizado alguna vez? ☐ Sí ☐ No En caso afirmativo, explique a continuación:

---

---

**Por favor, marque las cirugías a las que se haya sometido su hijo/a:** ☐ Corazón ☐ Conductos auditivos

☐ Amígdalas/Adenoides ☐ Apéndice ☐ Circuncisión ☐ Frenulotomía (recorte lingual) ☐ Cirugía ocular

☐ Reparación de hernia, tipo: \_\_\_\_\_ ☐ Otros: \_\_\_\_\_

### Antecedentes prenatales y de nacimiento

¿Recibió la madre cuidados prenatales para este niño/a? ☐ Sí ☐ No

Alguna enfermedad/complicaciones/infecciones maternas durante el embarazo? ☐ Sí ☐ No \_\_\_\_\_

Edad gestacional al nacer: \_\_\_\_\_ semanas

Tipo de parto: ☐ vaginal ☐ cesárea programada ☐ cesárea no programada ☐ fórceps/vacío

Motivo de la cesárea no programada \_\_\_\_\_

Peso al nacer: \_\_\_\_\_ lbs \_\_\_\_\_ oz ¿Alguna complicación durante el parto? ☐ Sí ☐ No \_\_\_\_\_

¿Alguna complicación con su hijo después del parto? ☐ Sí ☐ No \_\_\_\_\_

Días que pasó su hijo en el hospital: \_\_\_\_\_ Examen auditivo: ☐ Aprobado ☐ No aprobado ☐ No se sabe

## HISTORIAL MÉDICO FAMILIAR

¿Su hijo/a es adoptado? ☐ Sí ☐ No (Si la respuesta es NO, llene la siguiente sección) P=Paterno M=Materno

	Madre	Padre	Abuela	Abuelo	Hermana	Hermano	Tío	Tía
Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH)								
Enfermedad de Alzheimer								
Alcoholismo/Abuso de sustancias								
Aneurisma								
Ansiedad y/o depresión								
Artritis								
Asma								
Bipolar o esquizofrenia								
Trastornos sanguíneos								
Cáncer								
Trastorno del desarrollo								
Diabetes								
Enfisema/ Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC)								
Infarto de miocardio								
Trastorno hereditario								
Colesterol alto								
Hipertensión arterial								
Enfermedad renal								
Enfermedades hepáticas								
Migrañas								
Osteoporosis								
Convulsiones/Epilepsia								
Cáncer de piel								
Ictus								
Muerte súbita cardíaca								
Trastorno tiroideo								

## HISTORIAL MÉDICO PERSONAL

Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) o trastorno por déficit de atención (TDA)	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Problemas de oído o audición	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Alergias/Fiebre del heno	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Eczema	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Anemia	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	VIH	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Complicaciones de la anestesia	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Problemas cardiacos	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Trastorno de ansiedad o ansiedad recurrente	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Problemas de riñón o vejiga	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Asma	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Enfermedades hepáticas	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Trastorno del espectro autista	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Migrañas	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Defectos congénitos o enfermedades hereditarias	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Problemas musculares, articulares u óseos	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Transfusión sanguínea	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Reflujo/Enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE)	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Cáncer	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Convulsiones/Epilepsia	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Varicela	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Problemas cutáneos (erupciones/ lunares cambiantes)	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Problemas de coagulación/sangrado excesivo	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Úlceras de estómago o problemas para tragar	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Trastornos del desarrollo o del comportamiento	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Problemas de tiroides	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Diabetes	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Tuberculosis o prueba de la tuberculosis positiva	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Violencia doméstica	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Problemas de visión u oculares	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Infecciones crónicas de oído	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Otros:	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

Como parte de la atención integral a la persona que ofrecemos en Orchid Health, tenemos trabajadores comunitarios de salud disponibles para ayudarle a conectarse con recursos aparte de la clínica médica.

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

1. ¿Qué es algo que te hace feliz o algo que te hace sentir orgulloso?

\_\_\_\_\_

2. ¿Vives actualmente en un refugio o no tienes un lugar estable donde dormir por la noche? ☐ Sí ☐ No

3. ¿Cree que corre el riesgo de quedarse sin hogar? ¿O en riesgo de desalojo?

☐ Sí ☐ No

4. En los últimos 12 meses, la comida que compraste no te duró y no tenías dinero para comprar más.

☐ A menudo cierto ☐ A veces cierto ☐ Nunca es cierto













5. En los últimos 12 meses, le preocupaba que se le acabara la comida antes de tener dinero para comprar más.

☐ A menudo cierto ☐ A veces cierto ☐ Nunca es cierto

6. ¿Tiene problemas para conseguir transporte para acudir a las citas médicas?

☐ Sí ☐ No

Indique si le preocupa alguna de las siguientes opciones:

	<input type="checkbox"/> Consumo de alcohol/sustancias		<input type="checkbox"/> Seguro de salud
	<input type="checkbox"/> Cuidado de niños/ Personas mayores		<input type="checkbox"/> Plagas/moho/calidad del aire
	<input type="checkbox"/> Ropa		<input type="checkbox"/> Costes de los medicamentos
	<input type="checkbox"/> Atención dental		<input type="checkbox"/> Conexión social
	<input type="checkbox"/> Educación		<input type="checkbox"/> Facturas de servicios
	<input type="checkbox"/> Empleo		<input type="checkbox"/> Atención oftalmológica

¿Desea ayuda en alguna de estas áreas? ☐ Sí ☐ No ☐ No estoy seguro/a

## Formulario de consentimiento del paciente para la grabación con inteligencia artificial

Para respaldar nuestra misión de brindar atención de alta calidad, estamos utilizando una nueva tecnología que utiliza inteligencia artificial y flujos de trabajo asociados para generar documentación basada en el audio grabado de las visitas de los pacientes. Esta tecnología reduce significativamente la cantidad de tiempo que su médico dedica a la documentación y le permite disponer de más tiempo para brindarle atención a usted y a otros pacientes. Su médico revisa, corrige y aprueba toda la documentación para garantizar la precisión e integridad de su historial médico.

Le solicitamos que firme este formulario para indicar su consentimiento para que su visita se registre y procese con el fin de documentar su atención. Reconozco que mi información médica es sensible y confidencial. Doy mi consentimiento para que se graben y documenten mis visitas médicas con la condición de que se tomen las medidas adecuadas para salvaguardar la privacidad y seguridad de mi información médica.

Este consentimiento es voluntario y su atención no estará condicionada a que usted dé su consentimiento. Lea atentamente la declaración a continuación y firme para indicar su consentimiento o para optar por no participar.

- ☐ Por la presente doy mi consentimiento para que se graben mi visita de hoy y cualquier visita futura. Entiendo que puedo revocar mi consentimiento para que se graben futuras visitas en cualquier momento.
- ☐ Por la presente no doy mi consentimiento para que se graben mis visitas de hoy y opto por no participar.

---

Nombre del paciente (en letra de imprenta) Fecha de nacimiento del paciente

---

Firma del paciente o representante personal

---

Si la firma es de otra persona diferente al paciente: Nombre del representante en LETRA DE IMPRENTA y su relación con el paciente

---

Fecha de hoy