



Paquete de bienvenida para pacientes nuevos
Pediatría 6 a 17 años



ola!

¡Bienvenido a Orchid Health! Nuestras clínicas de salud fueron fundadas en la creencia de que las comunidades rurales de nuestro estado merecen tener un cuidado de salud de calidad superior que sea local, integral y que se tome el tiempo para abordar lo que a usted más le importa.

Su equipo de atención de la salud incluirá a los siguientes miembros:

Proveedor de atención primaria (PAP): Su PAP lo ayudará a pensar en las decisiones importantes de salud y puede conectarlo con otro miembro del equipo de atención para asegurarse de que reciba la mejor atención.

Asistente médico (AM): Su asistente médico a menudo será la primera persona con la que usted hable cuando tenga un problema de salud y trabajará en estrecha vinculación con su PAP para apoyar la atención continua tanto dentro como fuera de la clínica, según sea necesario.

Coordinador de atención de enfermeros titulados (RN): Su coordinador de RN lo ayudará a diseñar un plan de atención personalizada, que incluya la identificación de sus objetivos personales de salud, los próximos elementos de mantenimiento de la atención médica y la coordinación de su atención con los proveedores de atención interna y externa, incluido conectarle con importantes recursos de la comunidad.

Consultor de salud conductual (CSC): Nuestro consultor de salud conductual está disponible para ayudarlo con cualquier necesidad de salud mental, emocional o conductual que usted pueda tener. Esto puede incluir hacer cambios en el estilo de vida y lidiar con la tristeza o la soledad, y con problemas en el hogar o en la escuela.

Se adjuntan nuestros formularios de inscripción de pacientes. Complete estos formularios según su mejor criterio. Se incluye un *Formulario de autorización de historia clínica*, que nos permite solicitar su historia clínica anterior antes de su primera visita. Le pedimos que complete este formulario y lo entregue en nuestra clínica lo antes posible. También deberá firmar un *Acuerdo sobre sustancias controladas* antes de la receta de sustancias controladas por parte de los proveedores de Orchid Health.

Para que podamos atenderlo mejor:

1. Preséntese en la clínica 15 minutos antes de la hora de su cita.
2. Traiga a su visita su tarjeta de seguro y su identificación.
3. Traiga los frascos de los medicamentos que esté tomando actualmente.
4. Si necesita cancelar o reprogramar su visita, por favor avísenos con 24 horas de anticipación.

Oakridge: Teléfono de la clínica: 541-782-8304

- Estamos en Highway 58, justo al lado de la farmacia.
- Nuestro horario de atención es: Lunes, martes y miércoles de 8 a. m. a 7 p.m., y jueves y viernes de 8 a. m. a 5 p.m. Para recibir asistencia fuera del horario de atención, llame al número de teléfono de nuestra clínica principal.

Estacada: Teléfono de la clínica: 503-630-8550

- Estamos en el Campus de la Escuela Secundaria, a la derecha del colegio Estacada High School.
- Nuestro horario de atención es: Lunes y martes de 8 a. m. a 7 p. m., y miércoles jueves y viernes de 8 a. m. a 5 p.m. Para recibir asistencia fuera del horario de atención, llame al número de teléfono de nuestra clínica principal

FAQ - Preguntas frecuentes

¿Cómo pido una cita?

- La mayoría de la gente llama a nuestra oficina para programar una cita.
- También puede solicitar una cita a través de nuestro Portal del paciente.

¿Qué es el Portal del paciente?

- El Portal le permite enviar mensajes directamente a su proveedor, en lugar de llamar. También le permite ver los resultados de análisis de laboratorio y de estudios por imágenes apenas los recibimos.
- Puede encontrar el enlace al portal en nuestro sitio web: www.orchidhealth.org (esquina superior derecha).
- Pida ayuda a cualquier miembro de nuestro personal. Podemos enviarle un enlace de correo electrónico o configurarlo cuando usted s presente.

¿Qué días y horas están abiertos?

- *Oakridge*: Lunes, martes y miércoles de 8 a 7, jueves y viernes de 8 a 5
- *Estacada*: Lunes y martes de 8 a 7, miércoles, jueves y viernes de 8 a 5

¿Qué pasa si necesito comunicarme con alguien después de que la oficina ha cerrado?

- ¡Es fácil! Use el mismo número de teléfono al que llama normalmente y espere la opción de comunicarse con nuestro servicio de enfermería fuera de horario.

¿Cómo repongo mis medicamentos recetados?

- El mejor PRIMER paso es llamar a su farmacia y pedirle que lo reabastezcan. Ellos se pondrán en contacto con nosotros directamente si es necesario.
- Si tiene alguna dificultad, llámenos para que podamos resolverla por usted (o utilice el Portal del paciente).
- Toda receta de medicamento controlado debe administrarse durante una consulta (Esto incluiría medicamentos para el dolor y ciertos medicamentos para la ansiedad o para dormir, entre otros).

¿Puedo hacerme un análisis de sangre en Orchid?

- Sí, hacemos análisis de laboratorio para los pacientes que *se han registrado* con nosotros (incluso si los han indicado otros).

¿Hacen radiografías en Orchid?

- No, lamentablemente, en este momento no tenemos ninguna máquina de rayos X en ninguno de nuestros centros, pero podemos darle una orden para que haga su prueba en otro lugar.

¿Cómo puedo obtener mis resultados de análisis de laboratorio o de estudios de rayos X/imágenes?

- Si tiene una cita de seguimiento programada, su proveedor probablemente revise los resultados de sus estudios en ese momento, pero lo llamaremos si surge algo realmente importante para que nada se pase por alto.

¿Qué pasa si me preocupa pagar por mi consulta o por los análisis?

- No queremos que el dinero se interponga en el camino de su atención médica. Coméntenos

sus inquietudes.

- También puede consultarnos acerca de nuestro descuento por tarifa variable.

¿Atienden niños? ¿Y bebés? ¿Y adultos mayores?

- ¡Sí, sí y sí!

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DE ORCHID HEALTH

(Escriba en letra de imprenta)

Nombre legal del paciente: _____ Fecha de hoy: _____

Primer nombre - Segundo nombre - Apellido

Nombre preferido/nombre con el que se identifica: _____

Sexo legal: Masculino / Femenino / Otro Fecha de nacimiento
(mm/dd/aa): _____ Número del seguro social: _____

Primer padre/madre/tutor legal Nombre: _____ Teléfono: _____ Vive con
el niño: Sí No

Segundo padre/madre/tutor legal Nombre: _____ Teléfono: _____ Vive con
el niño: Sí No

Dirección postal: _____ Ciudad: _____ Estado: _____

Código

Teléfono particular: _____ Teléfono móvil: _____ ¿Autoriza que le
enviemos mensajes de texto? Sí No

Correo electrónico: _____ Método de comunicación preferido: _____

Idioma preferido: _____

Raza: (Puede elegir más de uno si corresponde) Blanco Negro o afroamericano Asiático

Nativo americano o nativo de Alaska Nativo de Hawái o de otras islas del
Pacífico

Origen hispano o latino

Origen étnico: No hispano/latino hispano/latino Otro _____

Nombre de un contacto en caso de emergencia: _____ Parentesco: _____ Número de teléfono: _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO

(Muestre su tarjeta de seguro a nuestra recepcionista)

Indique el nombre del seguro primario: _____

Número de identificación del seguro: _____ Número de grupo: _____

Nombre del SUSCRIPTOR: _____ SSN: _____ Fecha de nacimiento: _____

Parentesco del paciente con el suscriptor: Misma persona Cónyuge Hijo/a
 Otro

Nombre del seguro secundario (si corresponde): _____

Número de identificación del seguro: _____ Número de grupo: _____

Nombre del SUSCRIPTOR: _____ SSN: _____ Fecha de nacimiento: _____

Parentesco del paciente con el suscriptor: Misma persona Cónyuge Hijo/a
 Otro

PERSONA Responsable financieramente de facturas y pagos:

Parentesco con el paciente: _____ Nombre: _____

_____ Fecha de nacimiento: _____ Dirección postal: _____

_____ Código postal: _____ Ciudad: _____

_____ Estado: _____ Número de teléfono preferido: _____

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO - MENORES

La ley del Estado de Oregón requiere el consentimiento de un padre o tutor legal para proporcionar tratamiento médico a una persona menor de 15 años de edad, excepto para la planificación familiar, los servicios de enfermedades de transmisión sexual y ciertos servicios de salud mental. Estatutos Revisados de Oregón 109.610, 109.640 y 109.675.

Entiendo que los siguientes tipos de servicios se ofrecen a través de Orchid Health:

- Exámenes físicos de rutina, incluidos exámenes físicos para deportes
- Detección temprana, diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones y tratamiento de lesiones menores
- Manejo de afecciones de salud crónicas
- Salud reproductiva apropiada para la edad
- Análisis de laboratorio de rutina, vacunaciones
- Medicamentos con receta
- Servicios de salud mental
- Derivación para servicios de atención médica no proporcionados por Orchid Health

He leído y entendido completamente la información anterior, he hecho preguntas sobre cualquier cosa que no me queda clara. Entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento.

Yo (padre/tutor legal) _____
doy permiso para que mi hijo/hija, _____, reciba atención médica en
Orchid Health.

Autorización de pago:

Padre o tutor: Designo y autorizo el pago directo a Orchid Health de todos los beneficios del seguro y del plan que sean pagaderos por los servicios que recibo, y también autorizo la divulgación de las historias clínicas necesarias para facilitar mi tratamiento, para procesar reclamos y según lo permitido o requerido en el Aviso de prácticas de privacidad. Entiendo completamente que, en el caso de que mi compañía de seguros o la parte financieramente responsable no pague por los servicios que recibo, yo seré financieramente responsable por el pago.

Aviso de prácticas de privacidad: Manifiesto que he recibido el Aviso de prácticas de privacidad de Orchid Health. Este aviso se puede encontrar en el sitio web de Orchid Health en los formularios para pacientes, está disponible en la clínica en el momento de registrarse y, por lo demás, está a mi disposición en cualquier momento si lo solicito.

Derechos y responsabilidades del paciente: Manifiesto que he recibido los Derechos y responsabilidades del paciente de Orchid Health. Estos se pueden encontrar en el sitio web de Orchid Health en los formularios para pacientes, están disponibles en la clínica en el momento de registrarse y, por lo demás, están a mi disposición en cualquier momento si lo solicito.

Consentimiento para tener acceso a los registros históricos de recetas y farmacias, y para comunicarse con las redes locales de hospitales para tener acceso a la Información de la historia clínica: Autorizo la divulgación de mi información de salud histórica, ya que la información exacta es necesaria para la prestación de atención médica precisa y de calidad.

Consentimiento para llamadas: Doy mi consentimiento para recibir llamadas de Orchid Health relacionadas con mi atención médica protegida y otros servicios en los números de

telefonos proporcionados al consultorio, incluyendo mi número de celular. Entiendo que es posible que mi proveedor de telefonía móvil me cobre por dichas llamadas y que dichas llamadas puedan ser generadas por un sistema de marcación automática.

Firma del Padre/Tutor Legal: _____ Fecha

Parentesco con el paciente: _____

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Autorización para divulgar información a terceros

Sin autorización específica, **no** divulgaremos ninguna información médica a ninguna persona que no sea usted. En algunos casos usted puede desear que otra persona tenga acceso a su información médica. Identifique a esas personas y su parentesco con usted (es decir, cónyuge, padre, hijo, hija, pareja, etc.).

Doy permiso para divulgar la siguiente información a los individuos indicados a continuación:

- Toda mi información médica generada o recibida por Orchid Health, incluyendo historias clínicas, manejo médico o de caso, facturación, pago, reclamos e inscripción, salud mental, discapacidades del desarrollo, información o resultados de pruebas de SIDA/VIH, abuso de sustancias y tratamiento para problemas de alcohol y pruebas genéticas.

- Toda la información de salud **con excepción de:** salud mental, discapacidades del desarrollo, información o resultados de pruebas de SIDA/VIH, abuso de sustancias y tratamiento de alcohol y pruebas genéticas.

Nombre	Parentesco	Número de teléfono

Permiso para que los no tutores den su consentimiento para el tratamiento médico del niño (si el paciente es menor de 15 años):

- Autorizo que la(s) persona(s) arriba mencionada(s) preste(n) su consentimiento para el tratamiento en mi nombre y para que acompañe(n) a mi hijo a sus citas médicas.

Métodos de comunicación preferidos:

Como nuestro paciente, es posible que tengamos que 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 los resultados normales de laboratorio) en un correo de voz si no podemos comunicarnos con usted.

Teléfono particular: _____

___ NO dejar mensajes

___ Puede dejar solo números de devolución de llamada

___ Puede dejar mensajes con detalles

Teléfono móvil: _____

___ NO dejar mensajes

___ Puede dejar solo números de

___ Puede dejar mensajes con detalles

TÉRMINO: Esta autorización tendrá vigencia por un período de **un año**. Puedo revocar esta autorización por escrito (en cualquier momento) según se describe en el Aviso de prácticas de privacidad de Orchid Health.

Firma _____

Fecha _____

Parentesco con el paciente: _____

DIVULGACIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS

Nombre del paciente _____

Nombre anterior (si corresponde) _____

Teléfono de contacto preferido _____

Dirección actual _____

Ciudad, Estado, Código postal _____

F. N. _____

Núm. del S. S. _____

Autorizo a que se divulgue información DE: (en letra de imprenta)
(preferiblemente por fax)

Enviar mis registros A:

Nombre de la clínica/médico: _____

Dirección: _____

Ciudad, Estado, Código postal _____

**Orchid Health Wade Creek
Oakridge**

535 NE 6th Ave.

Estacada, OR 97023

Fax: (503) 630-8551

Teléfono: (503) 630-8550

8304

Orchid Health

47815 Highway 58

Oakridge, OR 97463

Fax: (541) 782-5823

Teléfono: (541) 782-

Propósito de la divulgación

- Contratar un nuevo PAP
- Compartir información de salud (de un consultor/especialista)
- Uso personal
- Legal
- Otro

Tipo de información que se divulgará Marque con sus iniciales en **TODOS** los que corresponda

____ Historia clínica **completa** _____ Incluir historia clínica de salud mental ____ Incluir registros confidenciales/VIH u otros

____ Incluir registros relacionados con el tratamiento para problemas de drogas o alcohol:

____ Otro (especifique): _____

Esta autorización expirará un año después de la fecha de la firma a continuación.

Entiendo que puedo cambiar de opinión sobre esta autorización en cualquier momento y avisar por escrito al proveedor de atención médica o a Orchid Health, pero que cualquier información que se haya transferido permanecerá en el Sistema de registro médico confidencial de Orchid Health.

También entiendo lo siguiente:

- No estoy obligado a firmar esta autorización y mi atención médica y el pago de la atención no se verán afectados por mi negativa.
- Las regulaciones federales de privacidad ya no se aplicarán a la información divulgada y Orchid Health puede volver a divulgar la información si es pertinente para la consulta o si solicito que transfieran mis registros a otro lugar.
- Se me permite recibir una copia de esta Autorización.

Firma _____

Fecha _____

Parentesco con el paciente: _____

Historia clínica de paciente nuevo - Pediátrica 6 a 17 años

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____ Fecha de hoy _____

Preocupaciones médicas actuales (de lo que le gustaría hablar hoy):

Indique las alergias que tenga su hijo a los medicamentos:

Nombre del medicamento Reacción

Indique los medicamentos que su hijo esté tomando actualmente, incluyendo medicamentos de venta libre, suplementos herbales o vitaminas:

Nombre del medicamento Dosis Instrucciones (con qué frecuencia lo toma)

Vacunaciones

¿Sigue el programa de vacunación recomendado por los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades?

No Sí

Explique si está alterando el horario:

¿Su hijo ha sido hospitalizado alguna vez? No Sí Si la respuesta es sí, explique a continuación:

Marque con un círculo cualquier cirugía que su hijo haya tenido: Corazón • Oído •

Amígdalas/Adenoides

• Apéndice • Circuncisión • Frenectomía (sujeción de la lengua) • Cirugía ocular • Reparación de hernias, tipo:

• Otro:

Solo para niños de 12 a 17 años:

¿Quién completa esta parte del formulario? _____

¿Es sexualmente activo/a? No Sí Si la respuesta es sí, cantidad total de compañeros (pasados y

actuales): _____

Si la respuesta es Sí, ¿usa siempre preservativos? No Sí

¿Utiliza otro método anticonceptivo? No Sí

Los períodos menstruales comenzaron a la edad de _____ Fecha del último período menstrual

¿Algún embarazo anterior? No Sí

ANTECEDENTES MÉDICOS PERSONALES

TDAH	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	Endometriosis	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>
Alcoholismo/Abuso de sustancias	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	Fibromialgia	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>
Alergias/ Fiebre del heno	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	Gota	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>
Anemia	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	Problemas ginecológicos	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>
Complicaciones por anestesia	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	VIH	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>
Trastorno de ansiedad o ansiedad recurrente	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	Problemas cardíacos	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>
Artritis	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	Hepatitis C	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>
Asma	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	Presión Arterial Alta/Hipertensión	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>
Trastorno del espectro autista	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	Colesterol alto	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>
Bipolar o esquizofrenia	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	Cálculos renales	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>
Defectos congénitos o enfermedades hereditarias	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	Problemas de riñón o vejiga	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>
Transfusiones de sangre	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	Insuficiencia hepática	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>
Cáncer	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	Migrañas	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>
Varicela	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	Problemas musculares, articulares u óseos	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>
Problemas de coagulación/sangrado excesivo	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	Osteoporosis	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>
Depresión	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	Reflujo/Enfermedad por reflujo gastroesofágico	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>
Trastornos del desarrollo o de la conducta	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	Convulsiones/Epilepsia	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>
Diabetes o Prediabetes	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	Problemas cutáneos (sarpullidos o lunares cambiantes)	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>
Diverticulitis/Diverticulosis	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	Úlceras estomacales o problemas de deglución	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>
Violencia doméstica	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	Accidente cerebrovascular o AIT	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>
Infecciones del oído - Crónicas	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	Problemas de tiroides	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>
Problemas de oído o de audición	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	Tuberculosis o prueba de tuberculosis positiva	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>
Trastorno alimentario como anorexia o bulimia	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	Problemas de la visión o de los ojos	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>
Eczema	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	Otros:	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>
Enfisema/EPOC/Bronquitis crónica	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>			

ANTECEDENTES MÉDICOS SOCIALES

Responda las siguientes preguntas para que entendamos mejor cómo podemos ayudarlos a usted y a su familia. La información que usted proporcione será utilizada por su equipo de atención médica para diseñar un plan que ayude a mantener o mejorar la salud y bienestar suyos y de su familia en las áreas que usted elija.

¿Estado civil de los padres? _____

¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor la situación de vivienda actual del menor? Casa Apartamento

Hogar de acogida Se aloja temporalmente en un refugio o no tiene hogar

Otro _____

¿Con quién vive el menor? (Marque todas las opciones que correspondan). Madre Padre

Padrastro/madrastra

Abuelo/a

Tía/Tío

Familia de acogida Hermano(s)

Otro _____

¿Tiene problemas con plagas, moho o falta de calefacción, agua u otros servicios públicos en el lugar donde vive?

Sí No

En los últimos 12 meses, mi familia o yo estábamos preocupados de que se nos acabara la comida antes de que hubiera dinero para comprar más. Ocurre a menudo Ocurre a veces Nunca ocurre

En los últimos 12 meses, la falta de transporte me ha impedido ir a las citas médicas o hacer las cosas necesarias para la vida diaria. Ocurre a menudo Ocurre a veces Nunca ocurre

Nutrición

¿Alguna necesidad alimenticia especial (por ejemplo, comidas sin gluten)? Sí No Si la respuesta es sí, especifique:

Seguridad

¿Hay algún lugar donde usted sienta que usted o su hijo no están seguros? Sí No Si la respuesta es sí, especifique:

¿Su casa está acondicionada para proteger la seguridad de los niños pequeños? Sí No

¿Hay alguien en la casa que use drogas recreativas? Sí No

¿Alguien fuma en casa (dentro o fuera)? Sí No

¿Siente que necesita/quiere ayuda con sus habilidades como padre? Sí No

Educación y actividad

Grado en la escuela _____ Nombre de la escuela _____

Desempeño escolar: A nivel de grado

A nivel de grado superior Necesita asistencia

¿Deportes? Sí No _____ ¿Pasatiempos? Sí No _____

¿Algún problema con el acoso escolar? Sí No

Tiempo frente a la pantalla (TV/computadora/teléfono) ¿Diariamente (en promedio)?

Ninguno Menos de una hora 1-2 horas 3 horas o más ¿Cuánto tiempo se pasa fuera cada día (en promedio)?

Nada Unos minutos Una hora diaria Más de una hora diaria

¿Hay algo más que hayamos pasado por alto que usted crea que deberíamos saber?

¡Gracias!