



Oficina de Salem

891 23rd St NE

Salem, Oregon 97301

Telefono: (503) 364-2181

Fax: (503) 364-0364

2026

¡Bienvenido a Childhood Health Associates of Salem! Paquete para Nuevos Pacientes

Childhood Health Associates of Salem brinda atención oportuna, de alta calidad y centrada en el paciente para niños y adolescentes de hasta 18 años. Brindamos atención a:

- Su hijo cuando está enfermo
- Proporcionamos visitas de chequeo físico y vacunas.
- Manejamos enfermedades crónicas, como el asma.
- Manejamos condiciones de salud mental, como ADHD, ansiedad y depresión.

Nuestros equipos de proveedores están formados por pediatras, enfermeras especializadas en pediatría y asistentes médicos.

Otros miembros del equipo de atención de su hijo/a son enfermeras que pueden responder preguntas telefónicas y brindar educación sobre problemas médicos crónicos.

También hay especialistas en conducta que forman parte del equipo de atención y pueden ayudar con problemas de conducta.

Por último, para los niños con necesidades médicas complicadas, existen enfermeras administradoras de atención pediátrica que pueden ayudar con los planes de atención y las necesidades de equipos, etc.

Nuestro horario es de 8am a 8pm de lunes a Jueves, y de 8am a 5:30pm Viernes, con una clínica de atención de urgencia del mismo día, los sábados de 9am a 12pm. Las enfermeras asesoras están disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana a través del número de nuestra oficina principal.

¡Háganos saber si tiene alguna pregunta!



Formulario Para Registro de Pacientes

Nombre legal del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____ Sexo Masculino Femenino Pronombre preferido _____

Idioma _____

Dirección del paciente: _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Circule lo que corresponda

Etnicidad

Hispano o Latino
No Hispano o Latino
Desconocido
Rechazar

Raza

Americano
Nativo Hawaiano o Isleño del Pacífico
Negro o Afroamericano
Asiático

Indio Americano o Nativo de Alaska
Rechazar
Otro

*Nombre legal del padre principal/tutor: _____

Fecha de nacimiento: _____ Número de teléfono: _____ Número de S.S.: _____

Dirección: _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Relación con el paciente (padre biológico, padrastro, tutor, etc.) _____

Reside con los padres: Sí/No Correo electrónico: _____

¿Registrarse en el portal del paciente? Sí/No (en caso afirmativo, recibirá una invitación por correo electrónico a la dirección de correo electrónico proporcionada anteriormente)

Nombre legal del padre/tutor secundario: _____

Fecha de nacimiento: _____ Número de teléfono: _____ Número de S.S.: _____

Dirección: _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Relación con el paciente (padre biológico, padrastro, tutor, etc.) _____

Reside con los padres: Sí/No Correo electrónico: _____

¿Registrarse en el portal del paciente? Sí/No (en caso afirmativo, recibirá una invitación por correo electrónico a la dirección de correo electrónico proporcionada anteriormente)

Contacto de Emergencia (alguien que no sea el padre o tutor)

Nombre: _____ Número de teléfono: _____ Relación con el paciente _____

Por la presente doy permiso a Childhood Health Associates of Salem para tratar al niño/a mencionado anteriormente para atención de rutina y, en mi ausencia, administrarle atención de emergencia según lo considere necesario el médico presente. Por la presente autorizo a Childhood Health Associates of Salem a divulgar información médica necesaria a compañías de seguros y organizaciones similares para procesar las reclamaciones de seguro médico. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos incurridos, ya sea que esos cargos estén cubiertos por el seguro o no. Autorizo que los beneficios del seguro se paguen directamente a Childhood Health Associates of Salem.

Firma _____ Fecha _____



Historia Médica

Nombre del Paciente : _____ **Fecha de Nacimiento:** _____

¿Su hijo(a) tiene alergia a algún medicamento? ☐ Sí ☐ No ¿A cuáles? _____

¿Hubo problemas durante el embarazo o parto? ☐ Sí ☐ No Descríbalos: _____

¿Su hijo(a) nació prematuro? ☐ Sí ☐ No Edad Gestacional: _____ Peso al nacer: _____

¿Su hijo(a) nació o fue inmunizado fuera de los EEUU? ☐ Sí ☐ No ¿Dónde? _____

¿Su hijo(a) ha tenido alguna cirugía? ☐ Sí ☐ No ¿Para qué? _____

¿Su hijo(a) ha sido diagnosticado con una enfermedad crónica? ☐ Sí ☐ No ¿Cuál? _____

¿Su hijo(a) se lastimó seriamente alguna vez? ☐ Sí ☐ No Descríbalos: _____

¿Hay alguien en casa que fuma? ☐ Sí ☐ No

¿Su hijo(a) ha estado recibiendo alguna medicina o algún tratamiento por más que un mes? ☐ Sí ☐ No

Describe: _____

En algún momento su hijo padeció de:

☐ ADHD/ADD problemas de comportamiento ☐ Alergias/"fiebre de heno" ☐ Asma ☐ Defectos de Nacimiento

☐ Problemas de Vejiga o Riñones ☐ Fractura ☐ Cancer ☐ Varicela ☐ Autismo ☐ Depresión/Ansiedad

☐ Eczema ☐ Problemas de Audición ☐ Problemas de Corazón ☐ Hepatitis ☐ Dificultades de Aprendizaje

☐ Meningitis ☐ Obesidad ☐ Neumonía ☐ Convulsiones/Epilepsia

☐ Enfermedad de Tuberculosis/expuesto a Tuberculosis ☐ Problemas de Visión

Los padres o Hermanos del paciente han padecido de:

☐ ADHD/ADD problemas de comportamiento ☐ Alergias/"fiebre de heno" ☐ Asma ☐ Defectos de Nacimiento

☐ Problemas de Vejiga o Riñones ☐ Fractura ☐ Cancer ☐ Varicela ☐ Autismo ☐ Depresión/Ansiedad

☐ Eczema ☐ Problemas de Audición ☐ Problemas de Corazón ☐ Hepatitis ☐ Dificultades de Aprendizaje

☐ Meningitis ☐ Obesidad ☐ Neumonía ☐ Convulsiones/Epilepsia ☐ Problemas de Visión ☐ Presión Alta

☐ Enfermedad de Tuberculosis/expuesto a Tuberculosis ☐ Fumar en Casa

¿Hay algo más que quisiera compartir acerca de la salud de su hijo(a)?:

Nombre (en Imprenta) _____ **Firma:** _____

Relación al paciente _____ **Fecha** _____

Rev Aug 2024



ACUERDO DE ASISTENCIA A LA CITA

En nuestro esfuerzo continuo por brindar un acceso excepcional a la atención médica, Childhood Health Associates of Salem le brinda nuestras expectativas con respecto a cancelaciones de citas y citas perdidas dado al no presentarse.

Para que el médico aproveche al máximo su cita programada, se espera que los pacientes lleguen a tiempo. Los pacientes que lleguen 10 minutos tarde se consideran no presentados y es posible que no puedan ser atendidos.

Le pedimos que en caso de que necesite cancelar su cita, notifique a la clínica con 24 horas de anticipación. Los pacientes que llamen con menos de dos (2) horas de antelación se consideran no presentados.

1. Después de la primera ausencia, el paciente será notificado por escrito de las consecuencias de las citas perdidas al no presentarse o llegar tarde a su cita.
2. Después de la segunda ausencia, el paciente será notificado por escrito de las consecuencias de las citas perdidas al no presentarse o llegar tarde a su cita.
3. Después de la tercera ausencia, el paciente podrá ser despedido de la clínica.

He leído y acepto el Acuerdo de Asistencia a Citas.

Nombre del paciente: _____ **Fecha de nacimiento:** _____

Firma del padre/tutor o paciente si tiene 18 años o más: _____

Fecha: _____

- Tiene derecho a recibir una copia de este documento después de haberlo firmado.



ACUERDO DE POLÍTICA DE VACUNACIÓN

Childhood Health Associates of Salem exige que todos los pacientes activos hayan recibido **al menos una dosis de MMR y de varicela, así como tres dosis de TDaP**, antes de los 24 meses de edad para permanecer en nuestra clínica. Aunque recomendamos firmemente el calendario de vacunación infantil de rutina de la AAP, ya que ofrece la mejor protección para los niños, tenemos requisitos mínimos de vacunación

Las vacunas son muy eficaces para proteger a los niños de enfermedades como el sarampión, la varicela y la tos ferina, entre otras. Son seguros para uso rutinario y normalmente están cubiertos por el seguro médico como parte de la atención preventiva. Además, el programa federal Vacunas para Niños proporciona vacunas para niños con Medicaid (OHP) o sin seguro. Nuestra clínica ofrece y administra todas las vacunas infantiles de rutina, y nuestros pacientes tienen uno de los porcentajes de vacunación más altos del estado, lo que refleja el compromiso de nuestra comunidad con la vacunación. Dado que atendemos a un número significativo de niños con necesidades especiales de atención médica, protegerlos de enfermedades prevenibles mediante vacunas es particularmente importante.

Si decide no vacunar a su hijo según el calendario mínimo y no existe ningún motivo médico válido, le pediremos que busque otro proveedor de atención primaria. Por favor, comprenda que no mantenemos listas de proveedores de atención médica que desaconsejan la vacunación, ni los recomendaremos.

Reconozco que mi proveedor me informará y recomendará las inmunizaciones correspondientes a la edad o cuando así se indique.

Nombre del Paciente: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____

Firma del asegurado o representante autorizado (debe ser mayor de 18 años): _____

Fecha: _____

- Usted tiene derecho a recibir una copia de este documento después de haberlo firmado.



Childhood Health Associates of Salem POLÍTICA FINANCIERA

Nombre del paciente: _____ **Fecha de nacimiento:** _____

Estamos haciendo todo lo posible para mantener bajo el costo de la atención médica. Usted nos puede ayudar mucho reduciendo la cantidad de facturas que le enviamos. El siguiente es un resumen de nuestra política de pago.

Todo el pago se espera en el momento del servicio

El pago se requiere en el momento en que se prestan los servicios, a menos que se hayan hecho otros arreglos por adelantado. Esto incluye el coseguro y los copagos correspondientes a las compañías de seguros participantes. Nuestros contratos de seguro no nos permiten renunciar a los copagos. Usted es responsable de saber su cobertura y beneficios; nuestra recomendación de tratamiento no constituye una garantía de cobertura.. Las citas después de las 5:00 p. m. o en fines de semana o feriados están sujetas a un pequeño cargo adicional que puede o no ser pagado por su seguro.

Método de Pago

Childhood Health Associates of Salem acepta efectivo, cheques personales (solo dentro del estado), giros postales, VISA y MasterCard. Los pagos se pueden hacer en línea una vez que haya recibido un estado de cuenta y se haya creado una cuenta en línea.

Cheques Devueltos

A todos los cheques devueltos se les cobrará una tarifa de servicio de \$25.00; nos reservamos el derecho de exigir el pago en efectivo o con tarjeta de crédito para cuentas con un historial de cheques devueltos.

Saldos pendientes

A partir del 1 de julio de 2015, el pago mensual mínimo requerido para los saldos pendientes será el siguiente:

Para saldos de \$300.00 o menos de un mínimo de \$25.00 por mes

\$300.00-600.00 un mínimo de \$50.00 por mes

\$600.00-900.00 un mínimo de \$75.00 por mes

\$900 y más un mínimo de \$100.00 por mes

Estaremos encantados de establecer un plan de pago mensual automático con usted para los saldos pendientes, utilizando una tarjeta de crédito válida. Los pacientes de cuentas que no muestran progreso después de 120 días serán enviados a cobros y dados de baja (despedidos) de la clínica al igual que cualquier hermano asociado con la cuenta y serán notificados por carta. Los pacientes que han sido dados de baja (despedidos) de la práctica por falta de pago pueden ser reincorporados a la práctica, siempre que el saldo se pague en su totalidad o si se utiliza una tarjeta de crédito válida para establecer un plan de pago mensual automático. Hay un cargo de reintegro de \$25.00 por niño, con un máximo de \$100 por familia. Tenga en cuenta que cualquier familia enviada a cobros por segunda vez no serán reintegrados.

Seguro

Actualización de información

Usted es responsable de informarnos sobre la información del seguro actualizada y precisa para que podamos facturar correctamente el seguro en su nombre. La información del seguro debe actualizarse lo mas antes posible para cada paciente de la familia, ya que cada paciente tiene una cuenta separada.

Seguro Primario

Facturamos a las compañías de seguros participantes como cortesía para usted. Usted está obligado a pagar sus copagos en el momento del servicio. Si no recibimos el pago de su compañía de seguros dentro de los 45 días posteriores a la fecha del servicio, usted será responsable de pagar el saldo en su totalidad. Usted es responsable de asegurarse de que se paguen todos los cargos, ya sea por usted o por su compañía de seguros.

firma en el reverso de la página

Seguro Secundario

Facturamos a las compañías de seguros secundarias con las que tenemos un contrato actual como cortesía hacia usted. Si bien contratamos la mayoría de los planes de seguro del área, no existe ningún mecanismo para que facturemos planes con los que no tenemos contrato. Si no recibimos el pago de su compañía de seguros dentro de los 45 días posteriores a la fecha del servicio, usted será responsable de pagar el saldo en su totalidad. Si cree que se trata de un error, póngase en contacto con su compañía de seguros secundaria.

Circunstancias Especiales

Servicios de Salud del Comportamiento

Si su hijo recibe servicios de salud del comportamiento en el momento de la visita, es posible que se apliquen cargos adicionales. Es su responsabilidad comprender los beneficios de su seguro de salud en relación con los servicios de salud del comportamiento. Si su seguro de salud no cubre la totalidad o una parte de dicha visita, usted será responsable del pago.

Accidentes de Vehículos de Motor

Los pacientes involucrados en un accidente automovilístico o una situación similar deben proporcionar información sobre el seguro responsable para que podamos facturar ese seguro como cortesía. Necesitaremos el nombre del seguro, la dirección postal, el número de teléfono y el número de reclamo para brindar este servicio. Si no nos envía esta información antes de la visita al consultorio, se pueden aplicar cargos a la cuenta del paciente.

Problemas de Relaciones Domésticas

En el caso de divorcio o separación de los padres, el padre que autorice el tratamiento del niño o los niños será el padre responsable de los cargos posteriores. Si el decreto del divorcio requiere que el otro padre pague la totalidad o una parte de los costos del tratamiento, es responsabilidad del padre que autoriza cobrar al otro padre.

Auto pago

Los pacientes que no están cubiertos por el seguro se consideran "autopagos" y deben realizar un pago mínimo en su cuenta en el momento del servicio, a menos que se hayan hecho otros arreglos. Si no está cubierto por un seguro, comuníquese con nuestro departamento de facturación lo antes posible para hacer arreglos para un plan de pago.

Si necesita ayuda o tiene preguntas, comuníquese con nuestra oficina de facturación entre las 9:00 a. m. y las 4:00 p. m., de lunes a viernes al 503-364-0227.

Reembolsos

Los créditos del paciente/garante en montos inferiores a \$20.00 se retendrán en la cuenta para ser acreditados en saldos futuros a menos que se reciba una solicitud de reembolso por escrito. Los montos de \$20.00 y mayores se reembolsará automáticamente al paciente/garante.

Citas Perdidas/Cancelaciones Tardías

Las citas perdidas representan un costo para nosotros, para usted y para los pacientes que podrían haber sido atendidos en el tiempo reservado para usted. Las cancelaciones se solicitan 24 horas antes de la cita. Tres (3) o más citas perdidas sin al menos 24 horas de aviso a nuestro personal pueden resultar en el despido de la práctica.

Divulgación de Beneficios e Información:

Autorizo que los beneficios de mi seguro se paguen directamente al proveedor. Autorizo la divulgación de cualquier información necesaria para procesar la reclamación de pago. Entiendo que si mi hijo tiene una cita de chequeo físico y no hay cobertura, se hará un pago mínimo de \$100 hacia el costo total de la visita. Se pueden aplicar cargos adicionales fuera del horario de atención, fines de semana y feriados. Si su seguro de salud no cubre un servicio prestado, usted será responsable del pago.

Firma del asegurado o representante autorizado (debe ser mayor de 18 años):

Nombre de la persona que firma (letra de imprenta): _____ **Fecha:** _____



HIPAA Forma A: Reconocimiento y Consentimiento

Paciente: _____ Fecha de nacimiento del paciente: _____

Entiendo que Childhood Health Associates of Salem (referido abajo como "Esta Practica") utilizará y revelará **información de salud** acerca de mí.

Entiendo que mi **información de salud** quizá incluya información ambos creado y recibido por la práctica, puede **ser** en la forma de registros escritos o electrónicos o palabras habladas y puede incluir información acerca de mi historia de salud, la posición de salud, los síntomas, los exámenes, los resultados de la prueba, diagnósticos, los tratamientos, los procedimientos, las prescripciones y los tipos semejantes de información relacionada de salud.

Entiendo y concuerdo que Esta Practica puede utilizar y revelar mi información de la salud para:

- Tomar decisiones acerca de y acerca del plan para mi cuidado y el tratamiento médico:
- Referir, consultar con, coordinar entre y manejar junto con otros proveedores de asistencia medica para mi cuidado y el tratamiento
- Determiné mi elegibilidad para el plan de salud o la cobertura de seguro y se somete cuentas, los reclamos y otra información relacionada a compañías de seguros y otros que pueden ser responsables para pagar por algo o toda mi asistencia médica; y
- Realice varias oficina, administrativo y las funciones del negocio que sostienen mis esfuerzos de médico para proporcionarme con, arreglar y son reembolsado para la calidad, asistencia médica rentable:

Entiendo también que tengo el derecho de recibir y revisar una descripción escrita de cómo Esta Práctica manejará información acerca de mi salud. Esta descripción escrita es conocida como una Nota de Prácticas de Privacidad y describe los usos y las revelaciones de información de salud hecha y la información practica seguida por los empleados, el personal de la oficina de Esta Práctica y de mis derechos con respecto a mi información de la salud.

Entiendo que la Nota de Prácticas de Privacidad se puede revisar de vez en cuando y que tengo derecho para recibir una copia de alguna Nota revisada de Prácticas de Privacidad. Entiendo también que una copia o un resumen de la version mas actual de Esta Nota de la Practica de las Prácticas de Privacidad vigente serán anunciados en la area de espera/recepcion y disponible en el sitio web en www.childhoodhealth.com.

Entiendo que tengo el derecho de preguntar que algún o toda mi información de la salud no sean utilizadas o reveladas en la manera descrita en la Nota de Prácticas de Privacidad y yo entiendo que Esta Práctica no es requerida por la ley a concordar a tales pedidos. (Para hacer tal pedido, pregunte por la Forma H para la restricción en el uso/la Revelación de información Médica.)

Firmando abajo, yo concuerdo que he revisado y entiendo la información encima de y que he recibido una copia de la Nota de Prácticas de Privacidad.

Por: _____ Fecha: _____
(el representante legal del paciente, si es menor de 18 año o el paciente, si tiene 18 años o más)

La autoridad del representante: ☐ El Padre ☐ El Guardian Legal ☐ Familiar de acogida/Rucuros (DHS)
☐ El paciente, si tiene 18 años o más

Otros: _____

¡ALTO! Si su hijo es recién nacido, NO ES NECESARIO RELLENAR ESTE FORMULARIO.
Rellene este formulario SOLO si se necesitan los registros médicos del consultorio anterior.



891 23rd Street, N.E.
Salem, Oregon 97301
Teléfono# (503) 364-2181
Número de fax (503) 364-0364

**Formulario B: Autorización para usar/divulgar, compartir o recibir
Información de salud**

Autorizo a Childhood Health Associates of Salem (CHAOS) a usar y divulgar/recibir o compartir una copia de la información médica y de salud específica que se describe a continuación con respecto a:

Nombre del paciente: _____ **Fecha de nacimiento:** _____

Para recibir registros:

Todos los registros del proveedor anterior _____ Registros específicos del proveedor anterior _____

Para liberar Información Especialmente Protegidos, por favor ponga sus iniciales dónde adecuado:

_____ Salud mental (incluido ADHD/ADD), si el paciente tiene más de 14 años, debe poner sus iniciales

_____ Alcohol/Dependencia química, si el paciente tiene más de 14 años, debe poner sus iniciales

_____ Enfermedades de transmisión Sexual, el paciente debe poner sus iniciales

_____ Anticonceptivos, el paciente debe poner sus iniciales

_____ Información genética

_____ VIH/SIDA

_____ Firma de la persona que pone sus iniciales arriba

De: _____ (Nombre, dirección y número de fax o dirección de correo electrónico **Requerido**)

Teléfono #: _____

por favor, compruebe cuál formato necesita para sus registros; Para papel _____ **Para PDF** _____ **Para ePHI electrónico** _____ **para PDF y ePHI** _____

para el proposito de: _____ (Describe cada propósito de la divulgación o indique "a solicitud del individuo" si esta autorización es iniciada por el individuo y el individuo no proporciona, o elige no proporcionar, una declaración de propósito).



891 Calle 23, N.E.
Salem, Oregon 97301

Paciente: _____ **Fecha de nacimiento:** _____

Su atención médica y el pago de esa atención médica no pueden estar condicionados a la recepción de esta Autorización firmada a menos que su atención médica o tratamiento tenga el propósito de: 1. Crear información médica sobre usted para divulgar a un tercero; o 2. Con fines de investigación. Usted tiene derecho a revocar esta Autorización en cualquier momento, siempre que lo haga por escrito. Si revocas tu *Autorización*, Ya no usaremos ni divulgaremos información sobre usted por los motivos cubiertos por su escrito. *Autorización*, pero no podemos retirar ningún uso o divulgación que ya se haya realizado con su permiso. para revocar esto *Autorización*, envíe una declaración por escrito a Ingrid Hogenstad en 891 23rd St. NE, Salem, OR 97301 eso identifica la fecha en la que firmó esta *Autorización*, el destinatario de la información identificada en este *Autorización*, y declara que usted está revocando esta *Autorización*.

Esta Autorización vencerá el _____ (fecha), 180 días a partir de la fecha de la firma o el final del período razonablemente necesario para completar la divulgación del propósito descrito anteriormente, lo que ocurra primero.

He revisado y entiendo esta *Autorización*. También entiendo que la información utilizada o divulgada de conformidad con esta *Autorización* puede estar sujeto a una nueva divulgación por parte del destinatario y ya no estar protegido por la ley federal.

Padres de crianza: ¡Por favor solo ponga sus iniciales!

Por: _____

Fecha: _____ **(Padre de crianza del paciente)**

Nota: Si iniciado por un padre de crianza, esta autorización es válida sólo para la divulgación de registros de vacunación a la administración de la escuela. Los padres de crianza no tienen derechos parentales HIPPA para los niños de crianza bajo su cuidado.

Por: _____ Fecha: _____ **(Paciente)**

Por: _____ Fecha: _____
(Representante legal del paciente)

Autoridad del representante (por ejemplo, padre, tutor legal): _____

Políticas y procedimientos de HIPAA Formulario B
Childhood Health associates of
Salem Revisado el 09/28/2010