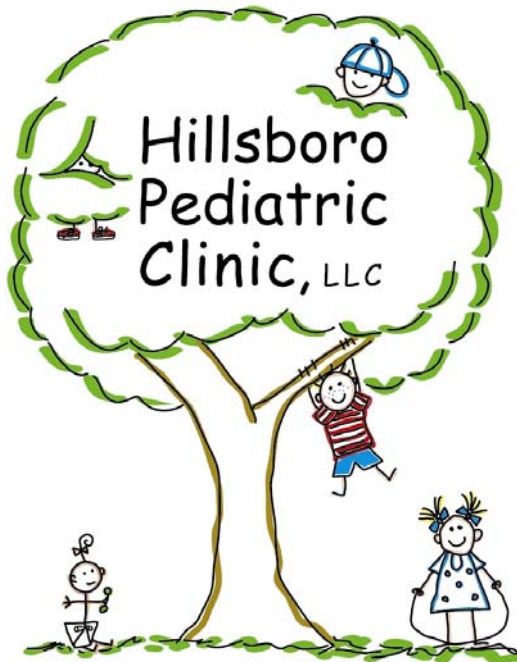


# Bienvenido a tu Hogar Médico!



Dentro de este paquete encontrará nuestro papeleo de Registro de Pacientes Nuevos.

**El Padre Legal o Tutor Legal** del paciente debe completar este paquete.

Para la primera cita del paciente:

1. Un padre/tutor legal debe estar con el paciente. Si no puede traer al paciente, el padre/tutor legal debe completar los pasos 2-5 antes de la cita. Padrastrós, sin adopción, no se consideran padres legales y no tienen la autoridad legal para consentir para el tratamiento de sus hijastros menores. Un padre/tutor legal debe completar un formulario de Amigos y Familiares para autorizar a padrastrós u otras personas para que puedan consentir al cuidado del paciente en su ausencia.
2. Complete, firme y traiga todos los formularios en este paquete.
3. El padre/tutor legal debe traer su identificación con foto.
4. Traiga el registro de vacunación del paciente.
5. Traiga la tarjeta del seguro médico del paciente.
6. Esté preparado para pagar el copago requerido por el seguro del paciente.
7. Traiga los registros médicos anteriores, si los tiene.
8. Llegue 30 minutos antes de la cita. Si los formularios no están completos a la hora de la cita programada, es posible que tengamos que reprogramar la cita.



**Main Street**  
445 E Main St  
Hillsboro, OR 97123  
Lun. a Juev: 8am – 8pm  
Vier: 8am – 5pm  
Sab: 9am – 12pm

**Orenco Station**  
6125 NE Cornell Rd  
Suite 240  
Hillsboro, OR 97124  
Lun. a Vier: 8am – 5pm

**(503) 640-2757**

**HillsboroPeds.com**





# REGISTRO DE PACIENTE

¡Gracias por elegirnos como el proveedor médico de su hijo! Con el fin de prestarle un mejor servicio, necesitamos la siguiente información. **NOTA:** Si se marca el tutor legal a continuación, asumimos que esta persona tiene el estado de tutela legal completa a menos que se indique lo contrario. **Por favor complete en letra imprenta.**



INFORMACIÓN DEL PACIENTE				
Apellido Legal:	Primer Nombre Legal:	Segundo Nombre:	Fecha de Nacimiento:	
Nombre Preferido:		Pronombre:	Sexo al Nacer: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	
Raza: <input type="checkbox"/> Indígena Americano o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o Afroamericano, no Hispano <input type="checkbox"/> Negarse a contestar <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái u otro isla de Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco, no Hispano <input type="checkbox"/> Hispano				
DIRECCIÓN DONDE VIVE EL PACIENTE				
Dirección:	Apto. #:	Ciudad/Pueblo:	Estado:	Código Postal:
Vive Con: (marque todo lo que corresponda) <input type="checkbox"/> Guardián o Tutor Legal <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Padres de Crianza Temporal <input type="checkbox"/> Otro:				
INFORMACIÓN DEL CONTACTO				
Relación al Paciente: (marque todo lo que corresponda) <input type="checkbox"/> Guardián o Tutor Legal <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> DHS <input type="checkbox"/> Padres de Crianza Temporal <input type="checkbox"/> Otra:				
Apellido:	Primer Nombre:	Segundo Nombre:	Fecha de Nacimiento:	
Dirección de Correspondencia:	Apto. #:	Ciudad/Pueblo:	Estado:	Código Postal:
Dirección: <input type="checkbox"/> La misma de arriba	Apto. #:	Ciudad/Pueblo:	Estado:	Código Postal:
Empleador:	Número de Seguro Social:	Correo Electrónico (1):		
	Idioma Preferido:	¿Necesita intérprete? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
INFORMACIÓN DEL OTRO CONTACTO				
Relación al Paciente: (marque todo lo que corresponda) <input type="checkbox"/> Guardián o Tutor Legal <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> DHS <input type="checkbox"/> Padres de Crianza Temporal <input type="checkbox"/> Otra:				
Apellido:	Primer Nombre:	Segundo Nombre:	Fecha de Nacimiento:	
Dirección: <input type="checkbox"/> La misma de arriba	Ciudad/Pueblo:	Estado:	Código Postal:	
Empleador:	Número de Seguro Social:	Correo Electrónico (2):		
METODO DE CONTACTO				
Teléfono 1:	<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Celular Mama <input type="checkbox"/> Celular Papa	Teléfono 2:	<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Celular Mama <input type="checkbox"/> Celular Papa	
Teléfono 3:	<input type="checkbox"/> Celular Mama <input type="checkbox"/> Celular Papa <input type="checkbox"/> Trabajo Mama <input type="checkbox"/> Trabajo Papa	Teléfono 4:	<input type="checkbox"/> Trabajo Mama <input type="checkbox"/> Trabajo Papa <input type="checkbox"/> Otro	
Información de Facturación				
<input type="checkbox"/> Pago Privado (No Seguro)		OHP: <input type="checkbox"/> OHSU Health Services <input type="checkbox"/> Care Oregon <input type="checkbox"/> Yamhill Coordinated Care <input type="checkbox"/> DMAP	#De Cliente: _____	
<input type="checkbox"/> SEGURO (Primario) Día Efectivo: ____/____/____ Nombre de Seguro: _____ Nombre del Suscriptor: _____ Fecha de Nacimiento del Suscriptor: ____/____/____ # De Póliza: _____ # De Grupo: _____ Co-pago: \$ _____		<input type="checkbox"/> SEGURO (Secundario) Día Efectivo: ____/____/____ Nombre de Seguro: _____ Nombre del Suscriptor: _____ Fecha de Nacimiento del Suscriptor: ____/____/____ # De Póliza: _____ # De Grupo: _____ Co-pago: \$ _____		

**Firma**

**Nombre en letra imprenta**

**Relación al Paciente**

**Fecha**





INFORMACIÓN DEL PACIENTE			
Apellido Legal:	Primer Nombre Legal:	Segundo Nombre:	Fecha de Nacimiento:

### LOS CONSENTIMIENTOS Y PERMISOS SIGUIENTES APLICAN PARA MI Y PARA MI HIJO

**Farmacia:** Yo autorizo que Hillsboro Pediatric Clinic LLC (HPC) envíe por vía electrónica las recetas a una farmacia participante de mi elección. HPC podrá recibir información electrónicamente sobre el historial de recetas médicas de mí o mi hijo, interacción con medicamentos, requisitos de autorización previa o sustituciones necesarias.

**Nombre de Farmacia:** \_\_\_\_\_ **Ubicación:** \_\_\_\_\_

**Método de contacto Preferido:** Al confirmar las citas prefiero que HPC me contacte con el método indicado abajo:

Teléfono

Correo Electrónico

Mensaje de Texto

**Hogar de Cuidados Médicos Primarios:** Como un Hogar de Cuidados Médicos Primarios (“Hogar Medico”) HPC se compromete a proporcionar la más alta calidad de Cuidado Primario Centrado en el Paciente. El cuidado de HPC será entregado por un equipo de profesionales de la salud, incluyendo Médicos y Enfermeras Pediátricas, Enfermeras Registradas, Asistentes de Médicos, Provedores de Salud Conductual, y otro personal calificado. Yo seré animado/a y apoyado/a mientras participo en el cuidado de mis niños. El objetivo es asegurar que las necesidades de atención medicas estén coordinados para mí y mi hijo(a) para que tengamos el mejor resultado de salud posible. Para más detalles estoy de acuerdo que tengo acceso a un Folleto del Hogar Medico de HPC.

**Autorización para tratamiento:** Al firmar le doy permiso a HPC de proveer cuidado médico a mí o mi hijo(a). Al firmar esta forma yo autorizo el uso y divulgación de mi información de salud protegida a la Clínica para llevar a cabo el tratamiento, pago u operaciones de atención médica. Puedo revocar mi consentimiento por escrito, excepto en la medida en que la práctica ya haiga relevado información sobre mí por causa de mi consentimiento previo. Si no firmo este consentimiento, Hillsboro Clínica Pediátrica LLC puede negarse a facilitar tratamiento al paciente que aparece arriba.

#### DOY MI CONSENTIMIENTO:

**Nombre de Paciente o Tutor Legal:** \_\_\_\_\_

**Relación al paciente:** \_\_\_\_\_

**Firma:** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_

**Aviso de Practicas de Privacidad:** También reconozco que he tengo acceso a una copia completa del Aviso de Practicas de Privacidad que con detalles explica como protegemos la información médica de usted y/o la de su hijo y como puede tener acceso a una copia de la información.

#### DOY MI CONSENTIMIENTO:

**Firma:** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_

Patient or responsible party refused to sign the acknowledgement. \_\_\_\_\_

Hillsboro Pediatric Clinic LLC complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex.

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-503-640-2757.

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-503-640-2757.



# Responsabilidad Financiera y Asignación de Beneficios del Seguro



Hillsboro Pediatric Clinic LLC

503-640-2757  
FAX 503-640-9753

## Normas Financieras de Hillsboro Pediatric Clinic LLC (HPC)

1. **Copagos:** Los copagos se deben de pagar al momento de servicio como su seguro lo requiere.
2. **Formas de Pagos Aceptados:** Aceptamos efectivo, cheques, MasterCard, Visa, Discover y tarjetas de débito.
3. **Descuentos:** Se le harán descuentos si paga la totalidad de los servicios el día de la visita: 10% (diez por ciento) si paga en efectivo o con cheque y 5% (cinco por ciento) si paga con tarjeta de crédito o débito. Si el banco devuelve el cheque por fondos insuficientes (NSF), el descuento del 10% se cancelará, y se le cobrará el costo total.
4. **Cargos por fondos insuficientes:** Si su cheque es devuelto por fondos insuficientes, se le cargarán \$25.00 a la cuenta sobre la cual ha hecho el pago. Este cargo se de pagar al recibir nuestra factura.
5. **Dificultades Financieras:** Si el pago de nuestra factura genera una dificultad financiera, es su responsabilidad comunicarse con nuestro consejero financiero para pacientes y averiguar sobre la ayuda financiera que Hillsboro Peds ofrece.
6. **Ningún Seguro/Pagar por su propia cuenta:** Si usted no tiene seguro de salud o prueba de cobertura, le exigiremos un depósito de \$125.00 previo a su primera visita y \$50.00 para cualquier cita después. Estos depósitos serán aplicados a su cuenta de servicios médicos; y le cobraremos cualquier cantidad restante o cualquier sobrepago se le será reembolsado. Si no tiene seguro, el programa "Oregon Vaccines for Children" (Vacunas para Niños de Oregon) cubrirá el costo de las vacunas. Se le cobrará una cantidad pequeña para el administro de la vacuna.
7. **Cobro del seguro:** Es su responsabilidad conocer los beneficios de su seguro, incluyendo lo que no cubre. Nosotros le cobraremos a su compañía principal de seguros cuando usted nos proporcione la información completa y actualizada. Al firmar en la parte inferior, usted acepta su responsabilidad de pagar por todos los servicios no cubiertos y las cantidades no pagadas bajo esta asignación, incluyendo el deducible, el co-seguro y los copagos de su seguro de salud.
8. **Cobro de seguro secundario:** Como una cortesía hacia usted, presentaremos una reclamación secundaria, una vez por visita.
9. **Declaraciones:** Aunque haya una reclamación de seguros pendiente, usted puede recibir un estado de cuenta si tiene un saldo pendiente. HPC no puede aceptar la responsabilidad de cobrar la reclamación a su seguro o de negociar un arreglo en el litigio de una reclamación.
10. **Pagos de cuenta hacia el Balance:** Usted es responsable del pago oportuno de la cuenta. Las sumas no pagadas se vencen y son pagaderas dentro de los (quince) días siguientes a la fecha del estado de cuenta y no más tarde de 60 (sesenta) días después de la fecha del servicio, independientemente del estado o los litigios del seguro.
11. **Plan de Salud de Oregon:** Oregon Health Plan" (OHP - Plan de Salud de Oregon): Si no podemos verificar su cobertura, se le pedirá que cambie su cita.
12. **Colecciones:** Las cuentas asignadas a la agencia de crédito y a la agencia de servicios de colección se les hará un cargo adicional de \$50.00 por costo de trámites. Todos los descuentos recibidos serán cancelados y se les cobrará el costo total. Si la cuenta debe ser remitida a un abogado para recaudo, el firmante deberá pagar también los honorarios razonables del abogado y los gastos de recaudo.

Yo, como la parte responsable, por medio de este documento autorizo pagar directamente a HPC los beneficios de la atención médica. Esta autorización es válida para cualquier proveedor a quien HPC esté autorizado a hacer cobros en conexión con sus servicios. Entiendo que soy financieramente responsable de todas las sumas no pagadas bajo esta asignación. Reconozco y entiendo que las muestras de líquidos o tejidos corporales recogidos por HPC serán enviados a un laboratorio no afiliado y que yo recibiré, por separado, una factura de ellos por las pruebas e interpretaciones realizadas.

***Al firma abajo usted acepta que ha leído este documento y ha recibido una copia de esta información.***

Firma del Paciente o Tutor Legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación al Paciente (o uno mismo): \_\_\_\_\_

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_







**PATIENT INFORMATION**

Apellido Legal:	Primer Nombre Legal:	Segundo Nombre:	Fecha de Nacimiento:
-----------------	----------------------	-----------------	----------------------

Hillsboro Pediatric Clinic (HPC), sus proveedores y personal, se comprometen a brindarles a su hijo, y a todos nuestros pacientes, atención médica excepcional. Cuando eligió HPC, nos hizo un socio en la atención médica de su hijo. Para ser un socio productivo, necesitamos administrar cuidadosamente nuestro tiempo para ponernos a la disposición de nuestros pacientes cuando sea necesario. Para lograr esto, debemos asegurarnos que nuestros pacientes cumplan con asistir a sus citas.

Entendemos que a veces suceden cosas que nos impiden hacer lo que habíamos planeado. Cuando el plan de un paciente cambia y se cancela sin aviso suficiente, no podemos usar esa cita para que otro paciente sea atendido. Por esta razón, implementamos las siguientes pólizas:

**Guía general para cancelación / reprogramación de citas:**

Llámenos al 503-640-2757 en cuanto tenga conocimiento de un cambio o por lo menos 24 horas antes de su cita programada para informarnos de cualquier cambio o cancelación. Si no avisa con al menos 1 hora de anticipación sobre la necesidad de reprogramar o cancelar una cita, se considerará una cita de no presentación.

- **Cita cancelada:** llame a la clínica con más de 24 horas de anticipación para una cita programada. (Por ejemplo: para cancelar una cita del lunes, llame a nuestra oficina antes del sábado a las 11:00 a.m.).
- **Cancelación tardía:** llame a la clínica para cancelar o reprogramar una cita con menos de 24 horas y más de 1 hora de anticipación. (La cancelación tardía se aplicará si la cita se reprograma para el mismo día o al día siguiente)
- **No Presentación:** No asistir a una cita programada o llamar menos de 1 hora antes de la cita para cancelar o reprogramar.

**Cartas de advertencia:**

La primera y la segunda carta de advertencia se enviarán por correo cuando todos los niños de la familia tengan un total combinado de 2 y 3 citas a las cuales no se presentó, 3 y 4 citas de cancelación tardía, o una combinación de ambas.

**AVISO:** Las citas nocturnas (citas después de las 5:45p) generalmente se reservan para visitas de enfermedad o lesión; sin embargo, hay momentos en los que podemos programar visitas de rutina limitadas por las tardes. No hay suficientes citas nocturnas de rutina para todos los que quieran una. Si su hijo tiene programada una visita de rutina por la tarde y no se presenta, es posible que su(s) hijo(s) ya no pueda(n) programar citas de rutina por la tarde en el futuro. Si esto sucede, se lo diremos. Su hijo(s) aún podrá tener citas para visitas de enfermedad o lesión por las tardes

**Carta terminando su cuidado:**

Si el comportamiento de no presentarse o cancelación tardía continúa después de las cartas de advertencia, es posible que se le solicite que busque un nuevo proveedor de atención primaria.

No dude en llamarnos en cualquier momento si hay problemas que le dificultan cumplir con las citas de su hijo. Nuestros coordinadores de cuidado pueden dirigirlo a recursos que le pueden ayudar.

¡Gracias por asociarse con nosotros!

\_\_\_\_\_  
Nombre del Padre/Guardián Legal

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre/Guardián Legal

\_\_\_\_\_  
Fecha





**PATIENT INFORMATION**

Apellido Legal:	Primer Nombre Legal:	Segundo nombre:	fecha de nacimiento:
-----------------	----------------------	-----------------	----------------------

**CONSENTIMIENTO PARA AMIGOS Y FAMILIARES**

En el evento de que yo necesite tratamiento médico y no pueda dar consentimiento para mi propio tratamiento; o mi hijo(a) necesite tratamiento médico y yo (u otro tutor legal) no pueda traer a mi hijo para tratamiento medico:

Yo, \_\_\_\_\_, otorgo autorización para que las siguientes personas puedan dar consentimiento para obtener tratamiento médico para mí o para mi hijo(a) y para discutir información de salud protegida en la medida en que Hillsboro Pediatric Clinic, LLC considere necesario para proporcionar cuidado. Yo estoy consciente que esto puede incluir información tal como: diagnostico, pronostico y planes de tratamiento, medicación, los planes de alta y de instrucción, resultados de pruebas, recordatorio de citas, fracturación médica, seguro médico, y otra información médica relevante para el cuidado del paciente. Esta autorización será válida hasta que complete una nueva autorización o hasta que un aviso por escrito para revocar la autorización se reciba.

**1.** \_\_\_\_\_  
 Nombre Relación al paciente # de Teléfono

**Además, la persona nombrada arriba puede:**

Recoger Recetas  Recoger documentos  Preguntar sobre referencias  
 Hacer/cambiar cita  Acceso a datos de seguro médico/fracturación  Preguntar sobre resultados de pruebas

**2.** \_\_\_\_\_  
 Nombre Relación al paciente # de Teléfono

**Además, la persona nombrada arriba puede:**

Recoger Recetas  Recoger documentos  Preguntar sobre referencias  
 Hacer/cambiar cita  Acceso a datos de seguro médico/fracturación  Preguntar sobre resultados de pruebas

**3.** \_\_\_\_\_  
 Nombre Relación al paciente # de Teléfono

**Además, la persona nombrada arriba puede:**

Recoger Recetas  Recoger documentos  Preguntar sobre referencias  
 Hacer/cambiar cita  Acceso a datos de seguro médico/fracturación  Preguntar sobre resultados de pruebas

Nombre del Paciente o Tutor Legal (en letra imprenta): \_\_\_\_\_

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

**0**

Me niego a autorizar que otra persona pueda dar consentimiento para mi tratamiento médico o para el tratamiento médico de mi hijo(a)

Nombre del Paciente o Tutor Legal (en letra imprenta): \_\_\_\_\_

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



Nombre del Niño: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_



## Historia del Paciente

Por favor responda a las siguientes preguntas acerca de la historia médica y familiar de su bebé/niño. El médico puede pedirle más detalles acerca de las respuestas afirmativas.

### EMBARAZO Y NACIMIENTO:

¿Hubo algún problema con el embarazo o el nacimiento de este niño?

**SI**

**NO**

Si respondió sí, por favor explique: \_\_\_\_\_

¿Nació su bebé a término?  O ¿antes de tiempo?  Si fue así, ¿cuántas semanas? \_\_\_\_\_

¿Lo alimentó con leche materna? **No**  **Sí**  ¿Si lo hizo, por cuánto tiempo? \_\_\_\_\_

**Tipo de parto:** Vaginal  Cesárea  Longitud (Estatura) \_\_\_\_\_ Peso \_\_\_\_\_

### Problemas:

Ictericia

**Sí**

**No**

Dificultad Respiratoria

Problemas de Alimentación

Erupción

Presentación de trasera

**Sí**

**No**

Problemas de Desarrollo

Si respondió **Sí**, explique:

### HOSPITALIZACIONES/OPERACIONES:

Ninguna

Hospital

Motivo Año

### MEDICAMENTOS Y DOSIS (Por favor, incluya medicamentos de venta libre, vitaminas y suplementos, medicamentos homeopáticos y medicamentos recetados):

Ninguna

### ¿ALERGIAS A ALGÚN MEDICAMENTO? (Por favor anótelas)

Ninguna

### ¿VISITA SU HIJO A ALGÚN ESPECIALISTA? (Nutricionista; Terapeuta Ocupacional, Física y/o del Habla; Consejero; u otros especialistas médicos)

Ninguna

Nombre del Especialista

Motivo

### HISTORIA SOCIAL Y AMBIENTAL

¿Cuántas horas de ejercicio hace su hijo a al día? \_\_\_\_\_

**Sí**

**No**

¿Pasa su hijo más de 2 horas al día viendo televisión, jugando videojuegos o en la computadora?

¿Fuma alguien que vive en la casa?

¿Bebe alcohol alguien que vive en la casa?

¿Hay detectores de humo en el hogar?

¿Usa cinturones de seguridad en su auto?

¿Está su hijo en la escuela o en la guardería?

¿Usa su hijo casco para bicicleta cuando monta?

¿Hay armas de fuego en su casa?

Si respondió sí, ¿mantiene las armas de fuego bajo llave en un lugar seguro (ejemplo, bajo llave en una caja fuerte)?

¿Tiene el número telefónico del Centro de Control de Envenenamientos cerca de su teléfono?

### HISTORIA MÉDICA (Marque una X si su bebé/niño han tenido alguna de las siguientes enfermedades):

Asma

Epilepsia

Anemia

Problemas de visión o de los ojos

Varicela

Problemas de Riñón/Vejiga

Diabetes

Enfermedad hepática/Ictericia

Diarrea crónica/estreñimiento

Tuberculosis

Problemas del oído

Otras (Por favor, explique)

Eczema (piel demasiada seca)

MAS PREGUNTAS AL OTRO LADO



Nombre del Niño: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre los Padres Biológicos del Paciente:

Madre: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Padre: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

¿El paciente vive con los padres biológicos? (Circule uno) SI  NO

Si la respuesta es No por favor nombre con quien vive el paciente y su relación al paciente:

Nombre: \_\_\_\_\_

Relación al paciente: \_\_\_\_\_

**HISTORIA MÉDICA FAMILIAR: ¿Algún pariente biológico ha tenido alguna de las siguientes condiciones?**

MARQUE AQUI SI NINGUNA DE LAS CONDICIONES MEDICAS DE ABAJO APLICAN A UN FAMILIAR BIOLOGICO DEL PACIENTE

Condición	Madre	Padre	Hermano Hermana	Abuelo (a) Materno	Abuelo (a) Paterno	Otro
ADD/ADHD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Alergias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Defectos de Nacimiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Cáncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Problemas del Corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Problemas de la Cadera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sordera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Depresión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Retraso en el Desarrollo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Eczema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Trastorno Genético	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Trastornos de la Sangre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Colesterol Alto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Presión Arterial Alta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Problemas de Aprendizaje	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Discapacidad Intelectual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Migrañas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Obesidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Columna Encorvada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Convulsiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Muerte Súbita de Lactante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Estrabismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Enfermedad de la Tiroides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Otro:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Firma

Nombre (Imprenta)

Relación al Paciente

Fecha

## **Aviso de no Discriminación y Accesibilidad:**

### **La Discriminación es contra la ley**

Hillsboro Pediatric Clinic LLC cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina, no excluye ni trata a las personas de manera diferente basado en la raza (incluidos los rasgos asociados con la raza, como la textura/estilos del cabello), religión, color, sexo, orientación sexual, identidad de género, origen de nacimiento, discapacidad mental o física, embarazo, servicio militar/uniformado o estado de veterano, o estado civil.



### **Hillsboro Pediatric Clinic LLC**

- Proporciona asistencia y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para que se comuniquen de manera eficaz con nosotros, como los siguientes:
  - Intérpretes de lenguaje de señas capacitados.
  - Información escrita en otros formatos (letra grande, formatos electrónicos accesibles, otros formatos).
- Proporciona servicios lingüísticos gratuitos a personas cuya lengua materna no es el inglés, como los siguientes:
  - Intérpretes capacitados.
  - Información escrita en otros idiomas.

Si necesita recibir estos servicios, comuníquese con el Privacy Officer.

Si considera que Hillsboro Pediatric Clinic LLC no le proporcionó estos servicios o lo discriminó por motivos de raza (incluidos los rasgos asociados con la raza, como la textura/estilos del cabello), religión, color, sexo, orientación sexual, identidad de género, origen nacional, discapacidad mental o física, embarazo, servicio militar/uniformado o estado de veterano, o estado civil, puede presentar un reclamo a la siguiente persona: Privacy Officer, 445 E Main St, Hillsboro, OR 97123, teléfono (503) 640-2757, fax (503) 640-9753, correo electrónico [iaguilar@hillsboropediatrics.com](mailto:iaguilar@hillsboropediatrics.com). Puede presentar el reclamo en persona o por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para hacerlo, el Privacy Officer, está a su disposición para brindársela.

También puede presentar un reclamo de derechos civiles ante la Office for Civil Rights (Oficina de Derechos Civiles) del Department of Health and Human Services (Departamento de Salud y Servicios Humanos) de EE.UU. de manera electrónica a través de Office for Civil Rights Complaint Portal, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o bien, por correo postal a la siguiente dirección o por teléfono a los números que figuran a continuación:

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)

Puede obtener los formularios de reclamo en el sitio web

<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-503-640-2757

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-503-640-2757.

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-503-640-2757

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-503-640-2757.

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-503-640-2757

УВАГА! Якщо ви розмовляєте українською мовою, ви можете звернутися до безкоштовної служби мовної підтримки. Телефонуйте за номером - 1-503-640-2757

注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます1-503-640-2757

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل 1-503-640-2757 (رقم برقم

ATENȚIE: Dacă vorbiți limba română, vă stau la dispoziție servicii de asistență lingvistică, gratuit. Sunați la 1-503-640-2757

ប្រយ័ត្ន: បើសិនជាអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសាដោយមិនគិតល្អល គឺអាចមានសំរាប់បំរើអ្នក។ ចូរ ទូរស័ព្ទ 1-503-640-2757

XIYYEEFFANNAA: Afaan dubbattu Oroomiffa, tajaajila gargaarsa afaanii, kanfaltiidhaan ala, ni argama. Bilbilaa 1-503-640-2757

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-503-640-2757

توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما تماس بگیری 1-503-640-2757

ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-503-640-2757

เรียน: ถ้าคุณพูดภาษาไทยคุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร 1-503-640-2757