

## Consentimiento para el tratamiento en Providence Mt Hood Meadows Mountain Clinic

Providence Health & Services – Oregon bajo el nombre comercial de Providence Hood River Memorial Hospital Mountain Clinic (“Providence”) es una clínica de primeros auxilios médicos ubicada en Mt. Hood Meadows Ski Resort que brinda respuesta de emergencia y atención inmediata. Por lesiones o enfermedades graves, el personal de la clínica estabilizará y transferirá a los pacientes a un centro médico adecuado.

En caso de lesiones o enfermedades que requieran de intervención médica, se harán todos los esfuerzos para notificar al padre/madre/tutor. En caso de que no sea posible, si completa y firma el formulario que está a continuación autoriza a Providence a brindar el tratamiento médico a su hijo. Tenga en cuenta que en caso de una situación de emergencia no se necesita el consentimiento de los padres para brindar tratamiento médico de emergencia a un menor de edad.

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE/PARTICIPANTE			
Apellido	Primer nombre	Fecha de nacimiento	Género
Dirección del hogar		Número de apartamento o edificio	
Ciudad	Estado	Código postal	
Teléfono del hogar	Teléfono celular del estudiante/participante	Nombre del grupo/Organizador del grupo	Teléfono del organizador
INFORMACIÓN DEL PADRE/MADRE/TUTOR			
Apellido	Primer nombre	Fecha de nacimiento	Relación con el estudiante/participante
Teléfono del padre/madre/tutor (mejor número de contacto)	Teléfono alternativo del padre/madre/tutor	Dirección de correo electrónico del padre/madre/tutor	
INFORMACIÓN DE CONTACTO DE EMERGENCIA			
Nombre	Teléfono	Relación con el estudiante/participante	
INFORMACIÓN MÉDICA			
Nombre/teléfono del proveedor médico	Nombre/teléfono del dentista	Fecha de la última vacuna contra el tétanos	
Alergias (incluidas alergias médicas)	Medicamentos actuales		
Antecedentes de salud (enfermedades o problemas médicos crónicos o existentes, es decir, asma o diabetes)			
INFORMACIÓN FINANCIERA			
Nombre de la compañía de seguros	Número de ID del suscriptor del seguro	Número del grupo/plan	
Nombre del suscriptor	Relación con el paciente	Fecha de nacimiento del suscriptor	

Incluya sus iniciales abajo (Debe incluir las iniciales en todas las casillas y firmar el formulario para que se realicen los servicios que no sean de emergencia):

- \_\_\_\_\_ Doy mi consentimiento para que mi hijo menor de edad reciba servicios de atención médica de Providence y confirmo que tengo el derecho de dar el consentimiento como el padre, la madre o el tutor legal del menor de edad indicado a continuación.
- \_\_\_\_\_ Autorizo a Providence y a su personal a comunicarse con los proveedores de atención médica de mi hijo menor de edad en relación con los servicios de atención médica prestados por Providence.
- \_\_\_\_\_ Acepto la responsabilidad financiera de todos los tratamientos recibidos. El saldo se debe pagar en el plazo de 30 días a partir de la fecha de facturación. Si necesito asistencia financiera o deseo establecer un plan de pagos puedo comunicarme con un representante financiero de Providence.
- \_\_\_\_\_ Autorizo a Providence a facturarle al proveedor de seguro de salud de mi hijo menor de edad los servicios de atención médica prestados en Providence.  
Inscritos en Medicare o Medicaid: Solicito que se realice el pago de los beneficios de Medicare o Medicaid autorizados a favor de mi hijo menor de edad por los servicios prestados a mi hijo menor de edad por parte de Providence.
- \_\_\_\_\_ Estoy al tanto de que Providence tiene instalaciones de enseñanza y que puede haber un estudiante involucrado en mi atención

Nombre del padre/madre/tutor: \_\_\_\_\_ Firma del padre/madre/tutor \_\_\_\_\_

Nombre del estudiante/participante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_