



Wallowa Memorial Medical Clinic

We Treat You Like Family

Número de teléfono: 541.426.7900

Correo electrónico: Clinic.Registration@wchcd.org

Información Médica

Nombre del Paciente: _____ Fec. Nac.: _____
Apellido Primero Inicial del segundo

¿Quién es su médico actual? Proporcione su información de contacto:

Nombre: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____

¿Qué proveedor de Wallowa Memorial Medical Clinic prefiere ver? _____

¿Tiene algún problema médico urgente que necesite atención inmediata?

☐ Sí ☐ No ☐ No lo sé

¿Ha consultado alguna vez a un especialista?

☐ Sí ☐ No ☐ No lo sé

¿Está actualmente bajo tratamiento para el dolor?

☐ Sí ☐ No ☐ No lo sé

¿Está tomando algún medicamento para el dolor? En caso afirmativo, indíquelo a continuación:

Información del garante (persona responsable del pago)

Si usted es paciente y garante, escriba "YO MISMO" y pase a la sección Empleo del garante.

Nombre: _____ Fec. Nac.: _____
Apellido Primero Inicial del segundo

Dirección: _____

Dirección postal Apartamento/Unidad #

Ciudad Estado Código postal

Relación con el paciente: _____ Número de la Seguridad Social: _____

Número de teléfono: _____



Wallowa Memorial Medical Clinic

We Treat You Like Family

Empleo del garante (parte responsable de la facturación)

Empresa: _____ Cargo: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Situación: ☐ Tiempo Completo ☐ Discapacitado ☐ Estudiante ☐ Desempleado
☐ Tiempo Parcial ☐ Autónomo ☐ Jubilado

Información sobre el seguro principal

Nombre del Paciente: _____

Nombre del seguro: _____ # Grupo: _____

Si procede, rellene a continuación la información del suscriptor del seguro. El suscriptor es la persona que tiene contratado el plan de seguro.

Nombre del suscriptor: _____ Fec. Nac. del suscriptor: _____

Relación del paciente con el suscriptor: _____ # identificación del suscriptor: _____

Información del seguro secundario:

Nombre del Paciente: _____

Nombre del seguro: _____ # Grupo: _____

Si procede, rellene la siguiente información sobre el suscriptor del seguro. El suscriptor es la persona que tiene contratado el plan de seguro.

Nombre del suscriptor: _____ Fec. Nac. del suscriptor: _____

Relación del paciente con el suscriptor: _____ # identificación del suscriptor: _____

Contacto de emergencia 1

Su contacto de emergencia no tendrá acceso a su historial médico.

Nombre: _____ Teléfono: _____

Relación con el paciente: _____



Wallowa Memorial Medical Clinic

We Treat You Like Family

Contacto de emergencia 2

Su contacto de emergencia no tendrá acceso a su historial médico.

Nombre: _____ Teléfono: _____

Relación con el paciente: _____

Firma

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Requerido si el formulario ha sido completado por un tutor legal o representante autorizado:

Nombre: _____

Firma: _____

Relación con el paciente: _____ Fecha: _____



Wallowa Memorial Medical Clinic

We Treat You Like Family

Número de teléfono: 541.426.7900

Correo electrónico: Clinic.Registration@wchcd.org

Información de contacto del paciente

Nombre: _____ Fec. Nac.: _____
Apellido Primero Inicial del segundo

Seguro social: _____ Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Dirección: _____

Dirección postal Apartamento/# de Unidad

Ciudad Estado Código postal

Datos demográficos del paciente

¿Por qué le pedimos su información demográfica?

Para ayudarnos a comprender mejor sus necesidades de atención médica, necesitamos saber algunos datos sobre usted, como su raza, idioma, sexo y nivel de capacidad. Aunque esperamos que responda a estas preguntas, puede seleccionar "No lo sé" o "No quiero responder". Sus respuestas son confidenciales.

¿Sordo/con discapacidad auditiva?

- ☐ Sí
☐ No

¿Ciego/con discapacidad visual?

- ☐ Sí
☐ No

Estado civil:

- ☐ Casado/a ☐ Soltero/a
☐ Pareja de hecho ☐ Viudo/a
☐ Separado/a ☐ Otro: _____
☐ Pareja sentimental

Idioma preferido: _____

¿Necesita intérprete?

- ☐ Sí (En caso afirmativo, confirme qué idioma debe hablar su intérprete: _____)
☐ No

Origen étnico:

- ☐ Hispano o Latino ☐ No lo sé
☐ No Hispano o Latino ☐ No quiero responder

Raza:

- ☐ Nativo de Alaska ☐ Chino ☐ Otro: _____
☐ Indígena americano ☐ Mexicano/Mexicoamericano ☐ No lo sé
☐ Asiático ☐ Oriente Medio ☐ No quiero responder
☐ Negro o afroamericano ☐ Isleño del Pacífico
☐ Chicano/a o Chicax ☐ Blanco/caucásico



Wallowa Memorial Medical Clinic

We Treat You Like Family

Sexo asignado al nacer:

- ☐ Mujer
- ☐ Hombre
- ☐ No lo sé
- ☐ No quiero responder

Si tienes 12 años o menos, pasa a la sección FIRMA.

Sexo legal: (según tu documento de identidad)

- ☐ Mujer
- ☐ Hombre
- ☐ Otro: _____
- ☐ No lo sé
- ☐ No quiero responder

Pronombres:

- ☐ Él
- ☐ Ella
- ☐ Otro: _____

Identidad de género: (seleccione una opción)

- | | | |
|-----------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> Mujer | <input type="checkbox"/> Género fluido | <input type="checkbox"/> Dos espíritus |
| <input type="checkbox"/> Hombre | <input type="checkbox"/> Género queer | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |
| <input type="checkbox"/> Agénero | <input type="checkbox"/> No binario | <input type="checkbox"/> No lo sé |
| <input type="checkbox"/> Demiboy | <input type="checkbox"/> Mujer transgénero | <input type="checkbox"/> No quiero responder |
| <input type="checkbox"/> Demigirl | <input type="checkbox"/> Hombre transgénero | |

Sexual Orientation: (Select One)

- | | | |
|-----------------------------------|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Asexual | <input type="checkbox"/> Pansexual | <input type="checkbox"/> No lo sé |
| <input type="checkbox"/> Bisexual | <input type="checkbox"/> Queer | <input type="checkbox"/> No quiero responder |
| <input type="checkbox"/> Gay | <input type="checkbox"/> Heterosexual | |
| <input type="checkbox"/> Lesbiana | <input type="checkbox"/> Otro: _____ | |

Firma

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Requerido si el formulario fue completado por un tutor legal, representante autorizado o cuidador:

Nombre: _____

Firma: _____

Relación con el paciente: _____ Fecha: _____



Wallowa Memorial Medical Clinic

We Treat You Like Family

Autorización para divulgar información médica

Teléfono: 541-426-7900

Correo electrónico: Clinic.Registration@wchcd.org

Fax: 541-426-7901

Información del paciente

Nombre: _____ Fec. Nac.: _____

Dirección postal: _____

Dirección

N. de apartamento/unidad

Ciudad

Estado

Código postal

Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Authorization

1. Autorizo a las siguientes personas o entidades a divulgar mi información médica protegida:

De: _____

Dirección/Teléfono: _____ Fax: _____

DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA A:

Wallowa Memorial Medical Clinic

601 Medical Parkway

Enterprise, OR 97828

Teléfono: 541-426-7900

Fax: 541-426-7901

FINALIDAD DE LA DIVULGACIÓN:

☐ Transferencia de la atención médica.

☐ Derivación/Consulta

☐ Otro: _____

2. Información que autorizo a divulgar:

☐ TODOS LOS REGISTROS

☐ Historial médico

☐ Vacunas

☐ Registros farmacéuticos

☐ Registros radiológicos

☐ Imágenes radiológicas

☐ Otro: _____

Para el intervalo de fechas comprendido entre: _____

3. La información relativa a lo siguiente solo se divulgará si el paciente la inicializa. Por favor, inicialice cada línea a continuación::

____ Infección por VIH

____ Salud mental

____ Registros de tratamiento por abuso
de drogas/alcohol

____ Cribado genético



Wallowa Memorial Medical Clinic

We Treat You Like Family

Autorización para la divulgación de información médica

Entiendo que si la persona o personas o entidad o entidades que reciben la información no son proveedores de atención médica ni planes de salud cubiertos por las regulaciones federales de privacidad, la información descrita anteriormente puede volver a divulgarse y ya no estará protegida por dichas regulaciones. Por lo tanto, eximo a Wallowa Memorial Medical Clinic, a sus empleados y a sus médicos de toda responsabilidad derivada de la divulgación de mi información médica.

Entiendo que puedo inspeccionar o solicitar copias de cualquier información divulgada por esta autorización. Entiendo que esta autorización expirará en 90 días a partir de la fecha de la firma que figura a continuación. Entiendo que puedo revocar esta autorización notificándolo por escrito al Departamento de Gestión de Información Sanitaria, sabiendo que la información divulgada anteriormente no estará sujeta a mi solicitud de revocación.

Entiendo que puedo negarme a firmar esta autorización y que mi negativa a firmarla no afectará a mi capacidad para obtener tratamiento, pago o elegibilidad para recibir prestaciones.

Firma del paciente o representante legal

Fecha

Si la firma es de un representante legal, relación con el paciente: _____

Firma del testigo

Fecha

OFFICE STAFF ONLY: This release is valid until: _____, Medical Record Number: _____



Wallowa Memorial Medical Clinic

We Treat You Like Family

Para la revisión del proveedor, ¿está tomando alguno de los siguientes medicamentos? (Marque todos los que correspondan)

- | | | |
|------------------------------------|--------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Morfina | <input type="checkbox"/> Hidrocodona | <input type="checkbox"/> Oxycodona |
| <input type="checkbox"/> Fentanilo | <input type="checkbox"/> Tramadol | <input type="checkbox"/> OxyContin |
| <input type="checkbox"/> Norco | <input type="checkbox"/> Lunesta | <input type="checkbox"/> Adderall |
| <input type="checkbox"/> Lorazepam | <input type="checkbox"/> Alprazolam | <input type="checkbox"/> Ativan |



Wallowa Memorial Medical Clinic
We Treat You Like Family

Opciones de farmacia para pacientes

Safeway Pharmacy

601 W North Street
Enterprise, Or 97828
541-426-3535

Horario:

Lunes - Viernes
8:00 -13:30,
14:00 - 18:00
Sábados
9:00 -13:30
14:00 -17:00

Red Cross Drug Store

1123 Adams Ave.
La Grande, OR 97850
541-963-5741

Horario:

Lunes - Viernes
9:00 -18:00
Sábados
9:00 - 14:00

Walmart Pharmacy

11619 Island Ave.
Island City, OR 97850
541-963-5460

Horario:

Lunes - Sábados
9:00 -19:00
Domingos
10:00 - 18:00

Rite Aid Pharmacy

2212 Island Ave.
Ste. 201
La Grande, OR 97850
541-963-8696

Horario:

Lunes - Sábados
8:00 -13:30
14:00 - 21:00
Domingos
9:00 -13:30
14:00 - 19:00 PM

**¡Disponemos de
servicio de envío de
recetas por correo!**

Opciones de farmacia con servicio de pedidos por correo

Express Scripts

1-800-282-2881
24 horas, 7 días a la semana

CVS Caremark

1-800-552-8159
El farmacéutico está disponible durante el horario comercial habitual.