



10670 NE Cornell Rd, Ste 201 y 300
Hillsboro, OR 97124
tel.: 503-216-9300
fax: 503-216-9339
www.providence.org/oregon

Bienvenido a Medicina Familiar y Medicina Deportiva de Providence Medical Group Tanasbourne.

Gracias por elegirnos para su atención médica. Para atenderlo mejor y ayudarlo a que se familiarice con nuestras clínicas, le proporcionamos este paquete de información, que incluye los materiales de registro.

En la Clínica de Medicina Familiar y Medicina Deportiva de Providence Medical Group Tanasbourne somos un centro médico centrado en el paciente. Nuestra clínica tiene cuatro equipos de centros médicos conformados por médicos, auxiliares médicos, enfermeros, coordinadores de atención clínica, practicantes y representantes de relaciones con el paciente. Nuestros equipos clínicos también incluyen un administrador de caso, un farmacéutico clínico, un psicólogo y un educador para la diabetes.

Nuestros equipos clínicos y opciones de comunicación telefónica **Teléfono: (503) 216-9300**

Equipo Redwood-Suite 300

Sreedevi Pitta, MD
Sherry Taeidi, DO
Heather Davidson, PA-C

Opción 1 del teléfono

Equipo Juniper-Suite 300

Jason Baker, MD
Michelle Hall, MD
Laura Hartlieb, PA-C

Opción 2 del teléfono

Equipo Aspen-Suite 300

Hyrum Durtschi, DO
Hina Khan, MD
Lynn Vanthom, PA-C

Opción 3 del teléfono

Equipo Spruce-Suite 201

Traci Ackron, DO
Darius Graeff, DO
Jennifer Mings, PA-C

Opción 4 del teléfono

Medicina Familiar y Medicina Deportiva

Nuestros proveedores de Medicina Familiar son parte de una red integrada de cuidadores y especialistas, lo que hace posible atender a pacientes de todas las edades, desde el nacimiento hasta el final de la vida.

Si hay una cosa que los deportes y la medicina comparten es el deseo de hacer que usted se mejore. Si está comenzando en los deportes, está compitiendo a alto nivel o está comprometido con mantenerse activo, nuestros proveedores de Medicina Deportiva están aquí para ayudarle. Algunos de los servicios que proporcionamos a través de nuestra clínica de Medicina Deportiva son: exámenes físicos deportivos, tratamiento de contusiones, evaluaciones de radiografía, inyecciones para el dolor y la inflamación, tratamiento de lesiones deportivas, tratamiento no quirúrgico de fracturas y manipulación osteopática.

Horarios de atención y servicio fuera de horario

Nuestro consultorio está abierto de lunes a viernes, de 7:00 a. m. a 5:00 p. m., con atención telefónica de 7:30 a. m. a 5:00 p. m. Providence Medical Group Tanasbourne tiene médicos de guardia para necesidades de urgencia o emergencia después del horario de atención que no puedan esperar hasta el horario de la clínica para ser atendidas. Para comunicarse con el médico de guardia, llame a nuestro consultorio al 503-216-9300. Se lo dirigirá al servicio de asesoramiento de enfermeros registrados después del horario de atención. Se clasificará (triage) su problema y, si es necesario, se comunicarán con el médico de guardia.

Por reposiciones, comuníquese directamente con su farmacia y esta se comunicará con nosotros si fuera necesario. Se tardará 72 horas en procesar la solicitud de reposiciones.

Servicio de laboratorio

Providence cuenta con un centro de servicio de laboratorio ambulatorio en el primer piso de nuestro edificio. Actualmente, el horario del laboratorio es de lunes a viernes, de 7:30 a. m. a 3:30 p. m. Por el momento, está cerrado los sábados y los domingos. Si tiene preguntas sobre su horario de funcionamiento, comuníquese con el servicio de laboratorio al 503-215-6660.

Farmacia

Credena Health Pharmacy está ubicada en el primer piso. La farmacia está abierta de lunes a sábado, de 8:00 a. m. a 6:00 p. m. Los domingos está cerrada.

Número de teléfono: 503-216-9020

Clínica de Atención Inmediata

La Clínica de Atención Inmediata está abierta todos los días de 7:00 a. m. a 6:45 p. m. Está cerrada el Día de Acción de Gracias y Navidad. Los horarios pueden variar en otros días festivos.

Está ubicada en el primer piso. Se aceptan consultas sin cita previa. Análisis de laboratorio y radiografías en la clínica. Consultas con pediatra disponibles.

Número de teléfono: 503-216-9360

Comentarios e inquietudes

Comuníquese directamente con la clínica si tiene comentarios o inquietudes. Nuestro equipo está aquí para ayudarle. Número de teléfono de la clínica: 503-216-9300

Indicaciones para llegar a la clínica

Desde el oeste en la Ruta 26: Tome la salida 64 desde US-26 W. Gire a la izquierda en NW 185th Ave. Siga por NW 185th Ave utilizando el carril del medio para continuar a través de la intersección de NW Cornell Rd. Gire a la derecha en NE Eider Ct. Hay estacionamiento disponible en cualquiera de las tres zonas de estacionamiento alrededor del edificio. Estamos en el Edificio B. 10670 NE Cornell Rd. Suite 201 o 300.

Desde el este en la Ruta 26: Tome la salida 64 desde US-26 E. Gire a la derecha en NW 185th Ave. Siga por NW 185th Ave utilizando el carril del medio para continuar a través de la intersección de NW Cornell Rd. Gire a la derecha en NE Eider Ct. Hay estacionamiento disponible en cualquiera de las tres zonas de estacionamiento alrededor del edificio. Estamos en el Edificio B. 10670 NE Cornell Rd. Suite 201 o 300.

Importante tener en cuenta: La Ciudad de Hillsboro cambió nuestra dirección en 2019. Asegúrese de que sus indicaciones de navegación para llegar terminen en la intersección principal de NW Cornell Rd. y NW 185th Ave.

Parada de autobuses: Hay una parada de autobuses TriMet en la esquina de Cornell Rd. y 185th Ave. Las líneas de autobuses 48 y 52 paran en esta ubicación.

Dispositivo de interpretación por video disponible

Ofrecemos el servicio utilizando interpretación remota por video e interpretación por teléfono para pacientes y proveedores en varios idiomas.

Nuevos formularios para pacientes

Tómese unos minutos para completar el formulario de antecedentes de salud adjunto. Si no puede imprimir el formulario en su hogar, tenemos copias disponibles en la clínica. Llegue con 10-15 minutos de anticipación para completar la documentación.

Gracias nuevamente por elegir a Providence Medical Group Tanasbourne. ¡Esperamos verlo pronto!

Atentamente,

Su equipo de Providence Medical Group Tanasbourne

Nombre:	Fecha de nacimiento:	Fecha de hoy:	Nombre y pronombre de preferencia (si es diferente):
---------	----------------------	---------------	--

Le damos la bienvenida a Providence Medical Group Tanasbourne

¿Cuál es el problema **más importante** que debemos atender en la visita de hoy?

Si tenemos tiempo hoy o en una visita futura, ¿qué otras inquietudes tiene?

- 1) _____
 2) _____

¿Necesita **reposición de medicamentos, remisiones, completar formularios** o una **carta para su trabajo** hoy?

- No**
 Sí. Si seleccionó Sí, hable con el asistente médico y proveedor sobre estas necesidades durante su cita.

Medicamentos actuales y alergias a medicamentos:

Nuestro asistente médico revisará esto con usted. Asegúrese de llevar todos los medicamentos recetados y de venta libre que esté tomando.

Antecedentes quirúrgicos:

¿Ha tenido alguna de estas cirugías o procedimientos?

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Apendicectomía | <input type="checkbox"/> Cesárea | <input type="checkbox"/> Cirugía del intestino delgado |
| <input type="checkbox"/> Cirugía del cerebro | <input type="checkbox"/> Cirugía ocular | <input type="checkbox"/> Cirugía de la columna |
| <input type="checkbox"/> Cirugía de mama | <input type="checkbox"/> Cirugía por fractura | <input type="checkbox"/> Amigdalectomía |
| <input type="checkbox"/> Cirugía de colon | <input type="checkbox"/> Reparación de hernia | <input type="checkbox"/> Ligadura de trompas |
| <input type="checkbox"/> Bypass coronario (<i>coronary artery bypass, CABG</i>)/ <i>stent</i> cardíaco | <input type="checkbox"/> Histerectomía | <input type="checkbox"/> Reemplazo de válvula |
| <input type="checkbox"/> Extirpación de la vesícula biliar | <input type="checkbox"/> Reemplazo de articulación | <input type="checkbox"/> Vasectomía |
| <input type="checkbox"/> Cirugía plástica cosmética | <input type="checkbox"/> Prostatectomía | <input type="checkbox"/> Otro _____ |

Antecedentes sexuales:

Mi género

- Mujer
 Hombre
 Mujer transgénero/hombre a mujer
 Hombre transgénero/mujer a hombre
 No binario
 Otro
 Elige no divulgarlo

Mi sexo asignado al nacer

- Mujer
 Hombre
 Otro
 Elige no divulgarlo

¿Tiene una vida sexual activa? Sí Anteriormente Nunca

Si ha tenido una vida sexual activa, sus parejas sexuales han sido: Hombre Mujer Ambos Otro

Antecedentes médicos personales y familiares:

¿Alguna vez ha tenido usted (paciente) o un miembro biológico de la familia alguna de las siguientes afecciones?
(Marque la casilla que corresponda).

	Paciente	Miembro de la familia	Relación con usted
Prueba de Papanicolaou anormal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Abuso de alcohol/drogas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Anemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Ansiedad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Artritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Problemas de sangrado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Transfusión de sangre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Problemas para amamantar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Cáncer (especifique)_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
EPOC/enfisema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Depresión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Fiebre del heno (alergias)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Acidez estomacal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Ataque cardíaco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Problemas cardíacos (especifique)_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Hipertensión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Colesterol alto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
VIH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Problemas renales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Problemas de salud mental (especifique)_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Migraña	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Osteoporosis (fragilidad ósea)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Problemas relacionados con el embarazo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Convulsiones/epilepsia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Enfermedad de transmisión sexual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Apnea del sueño	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Accidente cerebrovascular/AIT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Úlcera estomacal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Enfermedad de la tiroides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Otro (especifique):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____