|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Hospital Estatal de Oregon** Solicitud para visitantes adultos |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **For oficial use only (PARA USO EXCLUSIVO DE LA OFICINA)** | | | | | | | | | |
|  | Received by: |  | | | Date: | |  | |  | |
|  | LEDS operator: | |  | Date: | |  | | Result: |  |  |
|  |  | | |  | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Instrucciones:** Llene esta solicitud con su información personal. La información debe estar completa y ser legible.   * Escriba las respuestas en la computadora y luego imprima el formulario; o * Escriba sus respuestas a mano (*no use letra cursiva*).   Recuerde firmar este formulario. Su firma es necesaria para que el OSH procese su solicitud.  **Devuelva la solicitud utilizando cualquiera de los siguientes métodos:**  **1. Devuélvala a un miembro del personal en la ventana de la recepción principal del campus que está visitando.**  **2. Devuélvala por correo postal a la dirección correspondiente:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | Para los pacientes de Salem:Oregon State Hospital, Salem RECEPTION  2600 Center Street NE  Salem, Oregon 97301 | | | | | | | | | | Para los pacientes de Junction City:Oregon State Hospital, Junction City RECEPTION 29398 Recovery Way Junction City, Oregon 97448 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **3. Por fax:** | | | | | | | | | | | **4. La puede escanear y enviar por correo electrónico a:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | Salem: 503-945-2807  Junction City: 541-465-3007 | | | | | | | | | |  | Salem: [SalemOSH.CommCenterLEDS@state.or.us](mailto:OSH.CommCenterLEDS@state.or.us)  Junction City: [JC.BusinessServices@state.or.us](mailto:JC.BusinessServices@state.or.us) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | |  | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| **Nombre del paciente:** | | | | | | | |  | | | | | | | | | | **Unidad:** | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
|  | | | | |  | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| **Información sobre el visitante adulto** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre: | | |  | | | | | | | | | | | |  | | | Sexo: | | |  | | | | | | | | | |  | | Espiritual/pastoral | | | | | |
| Dirección postal: | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ciudad: | |  | | | | | | | | | | | | | | | | Estado: | | | |  | | | | | | | | Código postal: | | | | | | |  | |
| Número de licencia de manejo o de identificación estatal: | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| \*Número del Seguro Social (últimos 4 dígitos): | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | Fecha de nacimiento: | | | | | | | | | | | |  | | | | | | |
| Nombres usados previamente: | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Lugar de nacimiento: | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿Cómo prefiere que nos comuniquemos con usted? | | | | | | | | | | | | | | | | Teléfono | | | | | | | | Correo electrónico | | | | | | | | | | Por correo | | | | |
| Correo electrónico: | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Teléfono: | | | |  | | | | | | | | | |
| ¿Usted es o ha sido un empleado del Hospital Estatal de Oregon? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Sí | | | | No | | | | Si contestó sí, ¿cuándo? | | | | | | | | | | |  |
| \*La información del número del Seguro Social es opcional, pero dejar este espacio en blanco puede retrasar el proceso de su solicitud. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Relación con el paciente: | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Entiendo que, al solicitar una visita, doy mi permiso para que se realice una verificación confidencial de los Sistemas de Datos de las Fuerzas del Orden (LEDS, por sus siglas en inglés) al momento de presentar la solicitud. Asimismo, acepto que una verificación LEDS se realizará anualmente a partir de ese momento si:   * Tengo antecedentes criminales de ciertos crímenes en los últimos dos años; * Si llevo a un paciente a una salida autorizada fuera del hospital. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  | | |
| Nombre impreso del solicitante | | | | | | | | | | | | | | Firma del solicitante | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Fecha | | |