



NKN STUDENT HEALTH & WELLNESS CENTER

24705 US-101, Rockaway Beach, OR 97136 | Dirección postal: PO Box 176, Wheeler, OR 97147
Teléfono: 503-355-3500 | Fax: 844-720-1901

La Clínica Rinehart es el patrocinador médico del Centro de Salud y Bienestar para Estudiantes de NKN (*NKN Student Health & Wellness Center*) y funciona de acuerdo con las pautas establecidas por la ley de Oregon (Estatutos revisados de Oregon: 109.610, 109.640, 109.675, 109.680, ORS 419.112(7), ORS 419C.200(2)). Todos los servicios serán proporcionados por el equipo de atención médica de la Clínica Rinehart.

Esta autorización para divulgar registros médicos debe estar firmada por el paciente o el padre/madre/tutor antes de que se divulguen los registros médicos, excepto según lo exija la ley. El estudiante/paciente que legalmente pueda dar su consentimiento para su propio tratamiento, está autorizado para firmar esta divulgación. El estudiante/paciente que sea menor de edad y que requiera el consentimiento de los padres para el tratamiento debe obtener la firma de su madre/padre/tutor para autorizar la divulgación de los registros médicos.

Fecha de hoy: _____ **AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR REGISTROS MÉDICOS**

Nombre del paciente: _____ Fecha de nac.: _____ N.º de seguro social: _____

Dirección: _____

Teléfono (hogar): _____ Teléfono (celular): _____

Recuerde: Es posible que se cobre el costo de la copia de los registros médicos. Se copiarán únicamente los registros médicos que se originen en el Centro de Salud y Bienestar para Estudiantes de NKN y en la Clínica Rinehart. Esta autorización es válida únicamente para la divulgación de información médica cuya fecha sea anterior a la fecha de esta autorización inclusive.

Marque una opción:

- La persona indicada anteriormente o el padre/madre/tutor del paciente autoriza al *siguiente centro de atención médica a divulgar* los registros médicos al Centro de Salud y Bienestar para Estudiantes de NKN/Clínica Rinehart.
- La persona indicada anteriormente o el padre/madre/tutor del paciente autoriza al *Centro de Salud y Bienestar para Estudiantes de NKN/Clínica Rinehart a divulgar* los registros médicos a los siguientes centros de atención médica o personas.

Nombre del centro/personas: _____

Dirección del centro: _____

N.º de teléfono: _____ **N.º de fax:** _____

Para la siguiente finalidad (marque una opción): Atención del paciente Reclamo del seguro Motivo personal Otra

Fechas y tipo de información que se divulgará (marque una opción):

- 2 años antes de la última fecha en que se vio
- Fechas: Desde: _____ Hasta: _____

Información específica solicitada:

Notas del proveedor (incluyendo lista de problemas, alergias y medicamentos)

Informes de laboratorio Informes de radiografías

Otra: Especifique: _____

Entiendo que la información que aparece en mi historia clínica (o la de mi hijo) puede incluir información relacionada con el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o el virus de inmunodeficiencia humana (VIH); pruebas genéticas; servicios de salud conductual/mental; y tratamiento de trastorno por abuso de sustancias (consumo de alcohol y drogas).

Si DESEA compartir esta información, COLOQUE SUS INICIALES a continuación:

_____ Sí, compartir información sobre el VIH/SIDA
Iniciales

_____ Sí, compartir información sobre la salud mental/conductual
Iniciales

_____ Sí, compartir información sobre pruebas genéticas
Iniciales

_____ Sí, compartir información sobre el tratamiento por consumo de drogas/alcohol
Iniciales

Entiendo que esta información se puede divulgar al Centro de Salud y Bienestar para Estudiantes de NKN/Clínica Rinehart o que estos puedan divulgarla. Entiendo que autorizar la divulgación de esta información de salud es voluntario. Puedo negarme a firmar esta autorización y esto no puede afectar mi capacidad para recibir tratamiento. Entiendo que puedo revisar u obtener una copia de la información que se usará o divulgará. Entiendo que cualquier divulgación de información supone la posibilidad de que dicha información se vuelva a divulgar de forma no autorizada y es posible que la información no esté protegida por las normas de confidencialidad federales. Si tengo preguntas sobre la divulgación de mi información de salud, puedo comunicarme con la persona u organización autorizada que vaya a realizar la divulgación. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento. Entiendo que, si revoco esta autorización, debo hacerlo por escrito y presentar mi revocación por escrito al departamento de administración de información de salud. Entiendo que la revocación no se aplicará a la información que ya se haya divulgado en respuesta a esta autorización. Entiendo que la revocación no se aplicará a mi compañía de seguros cuando la ley otorgue a mi aseguradora el derecho a impugnar un reclamo bajo mi póliza. **Esta autorización vencerá un año después de la fecha en que se haya firmado a menos que se indique de otra forma.**

Revisé esta autorización y la entiendo.

X _____
Firma del paciente/padre/madre/tutor o representante autorizado

Fecha

Nombre en letra de molde del padre/madre/tutor/representante autorizado

Relación con el paciente