



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 la divulgación verbal de información médica puede ser firmada por el paciente o el padre/madre/tutor de los pacientes que son menores y que requieren consentimiento para el tratamiento.

Fecha de hoy: _____

DIVULGACIÓN VERBAL DE INFORMACIÓN MÉDICA

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Debido a las leyes de confidencialidad del paciente, la Clínica Rinehart no divulga verbalmente ninguna información respecto a nuestros pacientes a ninguna otra persona que no sea el paciente, el padre/madre/tutor si lo requiere la ley, otro proveedor al que la Clínica Rinehart lo haya remitido u otras circunstancias limitadas según lo exija la ley.

Por momentos, es posible que los pacientes o su padre/madre/tutor quieran que la información respecto a afecciones médicas, informes de laboratorio, medicamentos, horarios de citas, etc., propia o de su hijo, se discuta con otros individuos, como familiares o cuidadores. Si esto aplica a usted, indique a continuación con quién le gustaría que compartamos la información sobre su atención en el Centro de Salud y Bienestar para Estudiantes de NKN/Clínica Rinehart.

Escriba sus iniciales junto a lo que le gustaría compartir con las personas indicadas a continuación:

_____ Autorizo a la Clínica Rinehart a divulgar verbalmente información respecto a mi atención médica.

_____ Autorizo a la Clínica Rinehart a divulgar verbalmente información respecto a mis registros financieros.

_____ Me niego a que la Clínica Rinehart divulgue verbalmente cualquier información.

Nombre:

Relación:

Firma: _____

Fecha: _____

Paciente/padre/madre/tutor

Nombre en letra de molde del padre/madre/tutor