



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). Todos los servicios serán proporcionados por el equipo de atención médica de la Clínica Rinehart.

Fecha de hoy: _____

FORMULARIO DE BAJA VOLUNTARIA

AÑO ESCOLAR 2021-2022

Nombre del paciente/estudiante: _____ Grado: ____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____ Número de teléfono: _____

Comprendo que se ofrecen los siguientes servicios a través del Centro de Salud y Bienestar para Estudiantes de Neah-Kah-Nie:

- | | |
|---|---|
| - Controles regulares | - Análisis de laboratorio de rutina |
| - Exámenes físicos para deporte | - Medicamentos recetados |
| - Atención para enfermedades y lesiones | - Controles de visión, dentales y de presión arterial |
| - Vacunas | - Educación en salud, orientación y promoción del bienestar |
| - Salud mental, incluyendo orientación | - Remisiones para servicios como radiografías, resonancias magnéticas y atención con especialistas. |
| - Salud reproductiva acorde a la edad | |

No deseo que mi hijo reciba NINGÚN servicio ni que sea tratado en el Centro de Salud y Bienestar para Estudiantes de NKN durante el año escolar 2021-2022.

Firma del padre, madre o tutor

Padre, madre o tutor (en letra de molde)

Relación con el paciente

Fecha

CONFIRMACIÓN DE BAJA VOLUNTARIA: El Centro de Salud y Bienestar para estudiantes de NKN le enviará una carta al padre/madre/tutor en un plazo de dos semanas después de recibir el formulario de confirmación de baja voluntaria del estudiante que confirma que ha sido dado de baja.

RECUERDE: Si en algún momento durante el año escolar usted desea anular este formulario y permitir que su estudiante reciba servicios en el Centro de Salud y Bienestar para Estudiantes de NKN, puede hacerlo marcando la casilla y firmando a continuación.

Deseo anular este formulario de baja voluntaria y permitir que mi hijo reciba servicios en el Centro de Salud y Bienestar para Estudiantes de NKN.

Firma del padre, madre o tutor

Padre, madre o tutor (en letra de molde)

Relación con el paciente

Fecha

ENVÍO DEL FORMULARIO: Presente el formulario completado en la oficina principal de la escuela de su hijo y ellos lo enviarán al Centro de Salud y Bienestar para estudiantes de NKN o lo enviarán por correo a la Clínica Rinehart, PO Box 176, Wheeler, OR 97147