

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.

LEY DE PORTABILIDAD Y RESPONSABILIDAD DE SEGUROS MÉDICOS (HIPAA)

- Entiendo que el Centro de Salud y Bienestar para Estudiantes de NKN/Clínica Rinehart usará y divulgará información médica sobre mí.
- Entiendo que mi información médica puede incluir información creada y recibida por el Centro de Salud y Bienestar para Estudiantes de NKN/Clínica Rinehart, puede encontrarse en el formato de registros escritos o electrónicos, o de palabras habladas, puede incluir información sobre mis antecedentes médicos, estado de salud, síntomas, exámenes, resultados de pruebas, diagnósticos, tratamientos, procedimientos, medicamentos recetados y tipos similares de información relacionada con la salud.
- Entiendo y acepto que el Centro de Salud y Bienestar para Estudiantes de NKN/Clínica Rinehart usará y divulgará mi información médica para lo siguiente:
 - o tomar decisiones sobre mi atención y tratamientos, y planificarlos;
 - o referir a otros proveedores de atención médica y consultarlos, coordinar y realizar controles junto a ellos con respecto a mi atención y tratamientos;
 - o determinar mi elegibilidad para el plan de salud o la cobertura de seguro, y entregar facturas, reclamos y otra información relacionada a las compañías de seguros u otras partes que puedan ser responsables de pagar toda o parte de mi atención médica; y
 - o desempeñar varias funciones administrativas, comerciales y de consultorio que apoyen los esfuerzos de mi proveedor para proporcionarme, coordinar y reembolsar atención médica de calidad y asequible.
- También entiendo que tengo derecho a recibir y revisar una descripción por escrito sobre cómo el Centro de Salud y Bienestar para Estudiantes de NKN/Clínica Rinehart manejará mi información médica. Esta descripción escrita se conoce como la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (*Health Insurance Portability and Accountability Act*, HIPAA) y detalla la manera de usar y divulgar la información médica y las prácticas de información que cumplen los empleados, el personal y otro personal administrativo del Centro de Salud y Bienestar para Estudiantes de NKN/Clínica Rinehart, así como mis derechos con respecto a mi información médica.
- También entiendo que hay una copia de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (HIPAA) publicada en la sala de espera/recepción del Centro de Salud y Bienestar para Estudiantes de NKN/Clínica Rinehart.
- Entiendo que tengo derecho a solicitar que toda o parte de mi información médica no se use ni divulgue de la manera descrita en la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (HIPAA) y entiendo que las leyes no exigen a el Centro de Salud y Bienestar para Estudiantes de NKN/Clínica Rinehart aceptar tales solicitudes.

Al firmar a continuación, confirmo haber revisado y entendido la información detallada anteriormente. Puedo solicitar una copia de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (HIPAA).

Paciente/tutor legal/representante del paciente

Fecha