



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.

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO - ADULTO

Entiendo que:

- No se rechazará a ningún paciente porque no pueda pagar por los servicios proporcionados.
- Todos los pacientes o los representantes de los pacientes correspondientes tienen derecho a negarse a dar su consentimiento para el tratamiento.
- Salvo en circunstancias de emergencia, no se realizará ningún procedimiento significativo si no se discute el tratamiento con el equipo de atención médica y el paciente o su representante.
- Los pacientes pueden firmar a cualquier edad su propio consentimiento para acceder a los servicios de salud reproductiva. Los pacientes de 14 años de edad o más pueden firmar su propio consentimiento para acceder a la atención de salud mental o a tratamientos para la dependencia de sustancias químicas. Los pacientes de 15 años de edad o más pueden firmar su propio consentimiento para recibir tratamientos médicos.
- Los pacientes menores de 15 años de edad necesitan la firma de uno de sus padres o tutores para todos los servicios de atención médica, excepto para los indicados anteriormente.

Firma del paciente (o tutor)

Nombre en letra de imprenta

Fecha

SEGURO MÉDICO Y PAGO

- Entiendo que soy responsable de los términos y condiciones de mi plan de seguro individual.
- Autorizo que los beneficios de mi seguro se paguen directamente a la Clínica Rinehart.
- Autorizo que la Clínica Rinehart divulgue la información médica pertinente a mi compañía de seguros cuando la solicite o para facilitar el pago de un reclamo.
- Entiendo que los cargos que no cubra mi seguro, así como también los copagos y deducibles que correspondan, son mi responsabilidad.
- Entiendo que, si no tengo seguro, la Clínica Rinehart me enviará la factura por los servicios que reciba. Entiendo que soy responsable por el pago de esos servicios.
- Entiendo que la Clínica Rinehart tiene tarifas de escala móvil que pueden proporcionar un descuento en función de los ingresos del hogar.
- Entiendo que, como centro de salud certificado a nivel federal, la Clínica Rinehart tiene programas disponibles para ayudar a los pacientes que pueden tener dificultad para pagar sus facturas de atención médica. Si es necesario, solicitaré asistencia financiera.

Firma de la parte responsable

Nombre en letra de imprenta

Fecha