



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

Recibido por: _____
Ingresado por: _____

Nehalem Bay Centro de Salud (anteriormente conocido como 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 Nehalem Bay Centro de Salud.

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 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 Nehalem Bay Centro de Salud.
- Autorizo que la Nehalem Bay Centro de Salud 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 Nehalem Bay Centro de Salud me enviará la factura por los servicios que reciba. Entiendo que soy responsable por el pago de esos servicios.
- Entiendo que la Nehalem Bay Centro de Salud 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 Nehalem Bay Centro de Salud 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