



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.

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 Nehalem Bay Centro de Salud 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 Nehalem Bay Centro de Salud 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/Nehalem Bay Centro de Salud.

Coloque sus iniciales junto a lo que le gustaría que compartiéramos con la persona o personas mencionadas a continuación:

_____ Autorizo a Nehalem Bay Centro de Salud a divulgar oralmente información sobre mi atención médica.

_____ Autorizo a Nehalem Bay Centro de Salud a divulgar oralmente información sobre mi expediente financiero.

_____ Autorizo a Nehalem Bay Centro de Salud a permitir que se programen citas de mi parte

_____ Me niego a permitir que el Nehalem Bay Centro de Salud divulgue información sobre mí en forma oral.

Nombre:

Relación:

Firma: _____
Paciente/padre/madre/tutor

Fecha: _____

Nombre en letra de molde del padre/madre/tutor