



# 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

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 divulgar registros médicos debe estar firmada por el paciente o el padre/madre/tutor antes de que se divulguen los registros médicos, excepto según lo exija la ley. El estudiante/paciente que legalmente pueda dar su consentimiento para su propio tratamiento, está autorizado para firmar esta divulgación. El estudiante/paciente que sea menor de edad y que requiera el consentimiento de los padres para el tratamiento debe obtener la firma de su madre/padre/tutor para autorizar la divulgación de los registros médicos.

Fecha de hoy: \_\_\_\_\_ **AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR REGISTROS MÉDICOS**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nac.: \_\_\_\_\_ N.º de seguro social: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono (hogar): \_\_\_\_\_ Teléfono (celular): \_\_\_\_\_

*Recuerde:* Es posible que se cobre el costo de la copia de los registros médicos. Se copiarán únicamente los registros médicos que se originen en el Centro de Salud y Bienestar para Estudiantes de NKN y en la Nehalem Bay Centro de Salud. Esta autorización es válida únicamente para la divulgación de información médica cuya fecha sea anterior a la fecha de esta autorización inclusive.

### Marque una opción:

- La persona indicada anteriormente o el padre/madre/tutor del paciente autoriza al *siguiente centro de atención médica a divulgar* los registros médicos al Centro de Salud y Bienestar para Estudiantes de NKN/Nehalem Bay Centro de Salud.
- La persona indicada anteriormente o el padre/madre/tutor del paciente autoriza al *Centro de Salud y Bienestar para Estudiantes de NKN/Nehalem Bay Centro de Salud a divulgar* los registros médicos a los siguientes centros de atención médica, escuela, o personas.

Nombre del centro/escuela/personas: \_\_\_\_\_

Dirección del centro: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ N.º de fax: \_\_\_\_\_

Para la siguiente finalidad (marque una opción):

- Atención del paciente
- Reclamo del seguro
- Motivo personal
- Otra

Fechas y tipo de información que se divulgará (marque una opción):

- 2 años antes de la última fecha en que se vio
- Fechas: Desde: \_\_\_\_\_ Hasta: \_\_\_\_\_

Información específica solicitada:

Notas del proveedor (incluyendo lista de problemas, alergias y medicamentos)

Informes de laboratorio       Informes de radiografías

Otra: Especifique: \_\_\_\_\_  
(es decir, exámenes físicos deportivos, vacunas, etc.)

**Entiendo que la información que aparece en mi historia clínica (o la de mi hijo) puede incluir información relacionada con el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o el virus de inmunodeficiencia humana (VIH); pruebas genéticas; servicios de salud conductual/mental; y tratamiento de trastorno por abuso de sustancias (consumo de alcohol y drogas).**

**Si DESEA compartir esta información, COLOQUE SUS INICIALES a continuación:**

\_\_\_\_\_ Sí, compartir información sobre el VIH/SIDA  
Iniciales

\_\_\_\_\_ Sí, compartir información sobre la salud mental/conductual  
Iniciales

\_\_\_\_\_ Sí, compartir información sobre pruebas genéticas  
Iniciales

\_\_\_\_\_ Sí, compartir información sobre el tratamiento por consumo de drogas/alcohol  
Iniciales

Entiendo que esta información se puede divulgar al Centro de Salud y Bienestar para Estudiantes de NKN/Nehalem Bay Centro de Salud o que estos puedan divulgarla. Entiendo que autorizar la divulgación de esta información de salud es voluntario. Puedo negarme a firmar esta autorización y esto no puede afectar mi capacidad para recibir tratamiento. Entiendo que puedo revisar u obtener una copia de la información que se usará o divulgará. Entiendo que cualquier divulgación de información supone la posibilidad de que dicha información se vuelva a divulgar de forma no autorizada y es posible que la información no esté protegida por las normas de confidencialidad federales. Si tengo preguntas sobre la divulgación de mi información de salud, puedo comunicarme con la persona u organización autorizada que vaya a realizar la divulgación. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento. Entiendo que, si revoco esta autorización, debo hacerlo por escrito y presentar mi revocación por escrito al departamento de administración de información de salud. Entiendo que la revocación no se aplicará a la información que ya se haya divulgado en respuesta a esta autorización. Entiendo que la revocación no se aplicará a mi compañía de seguros cuando la ley otorgue a mi aseguradora el derecho a impugnar un reclamo bajo mi póliza. **Esta autorización vencerá un año después de la fecha en que se haya firmado a menos que se indique de otra forma.**

**Revisé esta autorización y la entiendo.**

X \_\_\_\_\_  
Firma del paciente/padre/madre/tutor o representante autorizado

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra de molde del padre/madre/tutor/representante autorizado

\_\_\_\_\_  
Relación con el paciente