



# 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: \_\_\_\_\_

El Centro de Salud Nehalem Bay cumple con la ley de Oregon (ORS 109.640, 109.675), que permite a los menores de 15 años o más dar su consentimiento para recibir atención médica y dental, y a los menores de 14 años o más dar su consentimiento para recibir tratamiento ambulatorio de salud mental o por consumo de sustancias sin la presencia de un padre o tutor. Los menores pueden firmar a cualquier edad su propio consentimiento para acceder a los servicios de salud reproductiva. Si bien alentamos la participación de los padres y podemos notificarles cuando sea clínicamente apropiado (ORS 109.650, 109.680), también nos aseguramos de que los expedientes de salud de los estudiantes permanezcan confidenciales y solo se compartan con el personal de la escuela según lo permita la ley o con una autorización específica por escrito.

## 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 la 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