



24705 US-101, Rockaway Beach, OR 97136 | Dirección postal: PO Box 176, Wheeler, OR 97147  
Teléfono: 503-355-3500 | Fax: 844-720-1901

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.

## LEY DE PORTABILIDAD Y RESPONSABILIDAD DE SEGUROS MÉDICOS (HIPAA)

- Entiendo que el Centro de Salud y Bienestar para Estudiantes de NKN/Nehalem Bay Centro de Salud usará y divulgará información médica sobre mí.
- Entiendo que mi información médica puede incluir información creada y recibida por el Centro de Salud y Bienestar para Estudiantes de NKN/ Nehalem Bay Centro de Salud, puede encontrarse en el formato de registros escritos o electrónicos, o de palabras habladas, puede incluir información sobre mis antecedentes médicos, estado de salud, síntomas, exámenes, resultados de pruebas, diagnósticos, tratamientos, procedimientos, medicamentos recetados y tipos similares de información relacionada con la salud.
- Entiendo y acepto que el Centro de Salud y Bienestar para Estudiantes de NKN/ Nehalem Bay Centro de Salud usará y divulgará mi información médica para lo siguiente:
  - o tomar decisiones sobre mi atención y tratamientos, y planificarlos;
  - o referir a otros proveedores de atención médica y consultarlos, coordinar y realizar controles junto a ellos con respecto a mi atención y tratamientos;
  - o determinar mi elegibilidad para el plan de salud o la cobertura de seguro, y entregar facturas, reclamos y otra información relacionada a las compañías de seguros u otras partes que puedan ser responsables de pagar toda o parte de mi atención médica; y
  - o desempeñar varias funciones administrativas, comerciales y de consultorio que apoyen los esfuerzos de mi proveedor para proporcionarme, coordinar y reembolsar atención médica de calidad y asequible.
- También entiendo que tengo derecho a recibir y revisar una descripción por escrito sobre cómo el Centro de Salud y Bienestar para Estudiantes de NKN/ Nehalem Bay Centro de Salud manejará mi información médica. Esta descripción escrita se conoce como la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (*Health Insurance Portability and Accountability Act*, HIPAA) y detalla la manera de usar y divulgar la información médica y las prácticas de información que cumplen los empleados, el personal y otro personal administrativo del Centro de Salud y Bienestar para Estudiantes de NKN/ Nehalem Bay Centro de Salud, así como mis derechos con respecto a mi información médica.
- También entiendo que hay una copia de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (HIPAA) publicada en la sala de espera/recepción del Centro de Salud y Bienestar para Estudiantes de NKN/ Nehalem Bay Centro de Salud.
- Entiendo que tengo derecho a solicitar que toda o parte de mi información médica no se use ni divulgue de la manera descrita en la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (HIPAA) y entiendo que las leyes no exigen a el Centro de Salud y Bienestar para Estudiantes de NKN/ Nehalem Bay Centro de Salud aceptar tales solicitudes.

**Al firmar a continuación, confirmo haber revisado y entendido la información detallada anteriormente. Puedo solicitar una copia de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (HIPAA).**

\_\_\_\_\_  
Paciente/tutor legal/representante del paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha