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.

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: _____ Fecha: _____
Paciente/padre/madre/tutor

_____
Nombre en letra de molde del padre/madre/tutor