



FORMULARIO DE PREFERENCIAS DE CONFIDENCIALIDAD PARA MENORES

Indique su preferencia de confidencialidad para esta visita: _____ (la fecha de la visita será confidencial)

- Deseo que mi visita y mis registros sean confidenciales y no se compartan con mi padre/madre/tutor.
- Acepto que mis padre/madre/tutor pueda participar o ser notificado

Firma (del menor de edad): _____ Fecha: _____

**** Reconocimiento del personal/médico**

El personal sanitario ha revisado con este paciente la legislación de Oregón sobre el consentimiento informado de menores y la confidencialidad. Se respetará la preferencia de confidencialidad en la medida en que lo permita la ley.

Firma (personal/médico): _____

Fecha: _____