



FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA MENORES DE EDAD

La ley del estado de Oregón exige el consentimiento de los padres o tutores legales para proporcionar tratamiento médico a menores de 15 años, a excepción de los jóvenes de 14 años o más para servicios de salud mental ambulatorios y servicios de salud reproductiva de cualquier edad en Oregón

**ORS 109.640, ORS 109.675.

Entiendo que Orchid Health ofrece los siguientes tipos de servicios:

- Exámenes físicos de rutina, incluidos exámenes físicos deportivos
- Detección y diagnóstico temprano de enfermedades y lesiones, y tratamiento de lesiones leves
- Tratamiento de afecciones crónicas
- Salud reproductiva adecuada a la edad
- Pruebas de laboratorio rutinarias, vacunas
- Medicamentos recetados
- Servicios de salud mental
- Derivación a servicios de atención médica no proporcionados por Orchid Health

Autorización de pago: Autorizo el pago directo a Orchid Health de todos los beneficios del seguro y del plan que se deban pagar por los servicios recibidos, según lo establecido en el Aviso de prácticas de privacidad. Entiendo que, si mi compañía de seguros o la parte financieramente responsable no pagan los servicios que reciba, seré responsable del pago.

** En las Clínicas Escolares (SBHC), los estudiantes reciben atención médica gratuita por parte de Orchid Health Services.

Aviso de prácticas de privacidad: Acuso recibo del Aviso de prácticas de privacidad de Orchid Health. Puede consultarlo en nuestro sitio web, en la sección de formularios para pacientes, y también está disponible en la clínica cuando se registra. Puede solicitar una copia en cualquier momento.

Derechos y responsabilidades del paciente: Acuso recibo de los Derechos y responsabilidades del paciente de Orchid Health. Esta información se puede consultar en nuestro sitio web, en la sección Formularios para pacientes, y también está disponible en la clínica al registrarse y en cualquier otro momento si se solicita. He recibido información sobre los derechos del paciente y puedo aceptar o rechazar la atención en cualquier momento. Entiendo que tengo derecho a hacer preguntas sobre estos servicios y a rechazarlos. Reconozco que tengo derecho a rechazar la atención médica o a retirar mi consentimiento para recibirla sin que ello afecte a mi derecho a recibir atención o tratamiento en el futuro.

Consentimiento para acceder a los registros históricos de recetas/farmacia y para ponerse en contacto con las redes hospitalarias locales con el fin de acceder a la información del historial médico: Autorizo la divulgación de mi historial médico o el de mi hijo/a, ya que es necesario para proporcionar una atención médica precisa y de calidad.

Consentimiento para llamar: Doy mi consentimiento para recibir llamadas (o mis padres/tutores, según corresponda) de Orchid Health en relación con los servicios de atención médica para mí o para mi hijo/a, incluidos otros servicios, al número o números de teléfono que he proporcionado al consultorio, incluido mi número de teléfono móvil. Entiendo que mi proveedor de telefonía móvil puede cobrarme por estas llamadas, que pueden ser generadas por un sistema de marcación automática.

He leído y comprendido completamente la información anterior, y he preguntado sobre cualquier aspecto que no me haya quedado claro. Asimismo, soy consciente de que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento.

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento del paciente: _____ Fecha de hoy: _____

Firma del menor: _____ (Edad +15 años/médica y +14 años para tratamiento ambulatorio de salud mental)

Yo (padre/madre/tutor legal): _____

doy permiso para que mi hijo/a, _____, reciba atención médica/de salud mental en Orchid Health.

Nombre del padre/tutor: _____ Fecha de hoy: _____

Firma del padre/tutor: _____ Relación con el paciente: _____



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: _____