



## Formulario de cita confidencial y auto consentimiento para un menor

La ley del estado de Oregón permite a los menores de 15 años dar su consentimiento para recibir atención médica y a los menores de 14 años para recibir atención de salud mental. Además, los menores de cualquier edad pueden dar su auto consentimiento para recibir servicios de planificación familiar, servicios relacionados con enfermedades de transmisión sexual y determinados servicios de salud mental. ORS 109.640, ORS 109.675.

Yo, \_\_\_\_\_ escojo el AUTO CONSENTIMIENTO para recibir tratamiento médico y/o de salud mental en Orchid Health.

\_\_\_\_\_ El día de hoy solicito servicios médicos/de salud mental **ESTRICTAMENTE CONFIDENCIALES**, que no serán comunicados a mis padres o tutores. Entiendo que la ley de Oregón permite a los menores solicitar servicios médicos confidenciales para tratamientos relacionados con el control de la natalidad, el embarazo, las infecciones de transmisión sexual y algunos servicios de salud mental. Actualmente tengo \_\_\_\_\_ años de edad.

\*\* Escribe tus **INICIALES** en todas las líneas a continuación para indicar que lo entiendes.

\_\_\_\_\_ **Pruebas:** Entiendo que algunas pruebas no se pueden realizar en Orchid y que podría ser necesario ponerse en contacto con mis padres para que se realicen en otro lugar. También podría ser necesario ponerse en contacto con mis padres si es necesario derivarme a un centro externo. Se me informará si mis padres deben intervenir en estas circunstancias.

\_\_\_\_\_ **Padres:** Entiendo que existen algunas leyes que exigirán la participación de mis padres, a pesar de mi solicitud de Servicios Confidenciales, y que Orchid Health hará todo lo posible para garantizar mi confidencialidad, al mismo tiempo que cumple con estas leyes. Se me informará si se requiere que mis padres participen legalmente en mi estado de salud.

\_\_\_\_\_ **Pago:** Entiendo que si soy un estudiante del Distrito \_\_\_\_\_, no seré personalmente responsable de ningún gasto médico derivado de la visita de hoy a la consulta. También entiendo que, si mi visita de hoy NO es confidencial, Orchid solicitará información sobre mi seguro médico o el de mis padres o tutores para ayudar a pagar los servicios recibidos hoy.

\_\_\_\_\_ **Aviso de Prácticas de Privacidad:** Acuso recibo del Aviso de Prácticas de Privacidad de Orchid Health. Este aviso se me proporciona la primera vez que recibo servicios de Orchid Health y, de lo contrario, está a mi disposición en cualquier momento previa solicitud.

\_\_\_\_\_ **Derechos y Responsabilidades del Paciente:** Reconozco haber recibido los Derechos y Responsabilidades del Paciente de Orchid Health. Estos se pueden encontrar en nuestro sitio web en la sección de formularios para pacientes y están disponibles en la clínica al registrarse.

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha de hoy: \_\_\_\_\_