

## FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO - MENORES

La ley estatal de Oregón exige el consentimiento de los padres o tutores legales para proporcionar tratamiento médico a una persona menor de 15 años, con la excepción de los menores de 14 años para los servicios de salud sexual y mental. \*ORS 109.610, ORS 109.640, ORS 109.675.

Entiendo que Orchid Health ofrece los siguientes tipos de servicios:

- Exámenes físicos de rutina, incluidos los exámenes físicos deportivos
- Detección temprana, diagnóstico y tratamiento de enfermedades y tratamiento de lesiones leves
- Gestión de enfermedades crónicas
- Salud reproductiva adecuada a la edad
- Exámenes de laboratorio rutinarios, Vacunas
- Medicamentos recetados
- Servicios de salud mental
- Derivación a servicios sanitarios no proporcionados por Orchid Health

He leído y entiendo perfectamente la información anterior y he preguntado cualquier cosa que no me haya quedado clara. Entiendo que puedo revocar este consentimiento cuando lo desee.

Yo (padre/madre o tutor legal) \_\_\_\_\_ doy mi permiso para que mi hijo/a, \_\_\_\_\_, reciba atención médica/mental en Orchid Health.

### **Autorización de pago:**

Padre o Tutor: Asigno y autorizo el pago directo a Orchid Health de todos los beneficios del seguro y del plan que se deban pagar por el servicio(s) que recibo y autorizo la divulgación de cualquier registro médico necesario para facilitar el tratamiento de mi hijo/a para tramitar reclamaciones y según lo permitido o requerido en el Aviso de Privacidad. Entiendo plenamente que en el caso de que mi compañía de seguros o la parte financieramente responsable no pague por los servicios que recibo, seré financieramente responsable del pago. \*\* Los estudiantes de SBHC (Clínicas de Salud Escolares) reciben atención sin costo alguno para Orchid Health Services.

**Aviso de Privacidad:** Acuso recibo del Aviso de Privacidad de Orchid Health. Este aviso se puede encontrar en nuestro sitio web en los formularios del paciente, y también está disponible en la recepción de la clínica y en cualquier otro momento que lo solicite.

**Derechos y responsabilidades del paciente:** Acuso recibo de los Derechos y Responsabilidades del Paciente de Orchid Health. Estos se pueden encontrar en nuestro sitio web en los formularios del paciente, y también están disponibles en la recepción de la clínica y en cualquier otro momento que los solicite. Entiendo que tengo derecho a hacer preguntas y rechazar estos servicios. Reconozco que tengo derecho a rechazar la atención o retirar mi consentimiento para la atención, sin afectar mi derecho a atención o tratamiento futuro. Acuso recibo de información sobre los derechos del paciente y puedo aceptar o rechazar la atención en cualquier momento.

### **Consentimiento para acceder a los historiales de recetas/farmacia, y para comunicarse con las redes**

**hospitalarias locales a fin de acceder a la información de los historiales médicos:** Autorizo la divulgación de los antecedentes médicos de mi hijo/a, ya que es necesario contar con información precisa para brindar una atención médica exacta y de calidad.

**Consentimiento para recibir llamadas:** Doy mi consentimiento para recibir llamadas de Orchid Health para la atención médica protegida de mi hijo/a y otros servicios en el número(s) de teléfono proporcionado(s) a la clínica, incluyendo mi número de celular. Entiendo que mi compañía de telefonía móvil puede cobrarme por dichas llamadas y que éstas pueden ser generadas por un sistema de marcación automática.

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

Firma del padre/madre o tutor legal \_\_\_\_\_ Relación con el Paciente \_\_\_\_\_