



Formulario de Cita Confidencial y de Autoconsentimiento del Menor

La ley estatal de Oregón permite a los jóvenes de 15 años o más dar su consentimiento para recibir atención médica y a los de 14 años o más para recibir atención de salud mental. Además, los menores de cualquier edad pueden dar su consentimiento para servicios de planificación familiar, enfermedades de transmisión sexual y determinados servicios de salud mental. ORS 109.610, ORS 109.640, ORS 109.675.

Yo, _____ elijo POR MÍ MISMO recibir tratamiento médico y/o de salud mental en Orchid Health.

_____ El día de hoy solicito servicios médicos/de salud mental **CONFIDENCIALES ÚNICAMENTE**, que no se darán a conocer a mis padres o tutor. Entiendo que la Ley de Oregón permite que los menores soliciten servicios médicos confidenciales, para tratamientos relacionados con el Control de la Natalidad, Embarazo, Infecciones de Transmisión Sexual y algunos Servicios de Salud Mental. Actualmente tengo _____ años de edad.

** Por favor, ponga sus **INICIALES** en todas las líneas siguientes indicando que entiende.

_____ **Exámenes:** Entiendo que algunos exámenes no se pueden realizar en Orchid, y podría ser necesario ponerse en contacto con mis padres para que estos exámenes se realicen en otro lugar. O podría ser necesario ponerse en contacto con mis padres si se tiene que tramitar una canalización a una fuente externa. Se me informará si es necesario que mis padres intervengan en estas circunstancias.

_____ **Padres:** Entiendo que hay algunas leyes que requerirán la participación de los padres, a pesar de mi solicitud de Servicios Confidenciales, y que Orchid Health hará todo lo posible para garantizar mi Confidencialidad y al mismo tiempo cumplir con estas leyes. Se me informará en caso de que mis padres deban intervenir legalmente en mi estado de salud.

_____ **Pago:** Entiendo que si soy un estudiante del Distrito de _____, no seré personalmente responsable de ninguna factura médica como resultado de la visita al consultorio de hoy. También entiendo que si mi visita de hoy NO es confidencial, Orchid solicitará información sobre mi seguro o el de mis padres/tutores para ayudar con el pago de cualquier servicio recibido hoy.

_____ **Aviso de privacidad:** Acuso recibo del Aviso de prácticas de privacidad de Orchid Health. Este aviso se proporciona la primera vez que recibo servicios de Orchid Health y, además, está a mi disposición en cualquier momento si lo solicito.

_____ **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 están disponibles en la recepción de la clínica.

Nombre del Paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Firma: _____ Fecha de hoy: _____