



Consentimiento por Tratamiento

Fecha: _____

Servicios de Columbia Health Services es el patrocinador medico para las siguientes clínicas.

Yo autorizo Columbia Health Services para que provean servicios de salud para:

Nombre de Paciente _____ (en letra de imprenta)

Entiendo que:

- Ningún paciente será negado si no puede pagar por los servicios dados.
- Cada paciente o representante del paciente tiene el derecho de negar consentimiento de tratamiento.
- En caso de emergencia o de otras circunstancias, no habrá procedimiento sustancial a menos que haya una conversación del tratamiento con el doctor u otro profesional de la salud.
- Salud Pública opera según las guías hecho por la Ley de Oregón. La ley dice que pacientes de 15 años y más pueden firmar su propio consentimiento por tratamiento médico. Pacientes bajo la edad de 15 años necesitan la firma de un padre o encargado a menos que sea planeamiento familiar y enfermedades transmitidas sexualmente. ORS 109.610, ORS 109.640, ORS 109.675

Para pacientes tratados en Centro de Salud de la Escuela:

Los empleados del Centro de Salud intentarán contactarse con los padres cuando su niño ha visitado el Centro de Salud.

Los menores se les animan a compartir sus tratamientos médicos con sus padres o encargados. Cuando firmo este consentimiento, doy acceso al Centro de Salud de mi forma de Contacto de Emergencia en el distrito de la escuela.

Seguro y Pago

- Entiendo que soy responsable por los términos y condiciones de mi plan de seguro individual.
- Autorizo que mis beneficios de seguro pagaran directamente al departamento de Columbia Health Services.
- Autorizo que Columbia Health Services delibere información pertinente con mi compañía de seguro cuando sea requerido, o para facilitar pago de una factura.
- Entiendo que los cargos no cobrados por mi seguro, los pagos anticipados y deducibles son mi responsabilidad. Tengo la responsabilidad de pagar lo que puedo.
- Sin seguro, entiendo que Columbia Health Services me mandara un factura por los servicios que recibo. Tengo la responsabilidad de pagar lo que puedo.

Fecha

Firma de Paciente o Encargado

Nombre Imprenta

Paciente niega firmar consentimiento _____ Iniciales de Empleado y Fecha _____

Tipo de Seguro		<input type="checkbox"/> Medicaid: ID# _____	<input type="checkbox"/> No Seguro	
		<input type="checkbox"/> Seguro del Estado: ID# _____	<input type="checkbox"/> Daño de Trabajo	
		<input type="checkbox"/> Seguro Privado		
Nombre de Compañía de Seguro:		ID # de Seguro:		# de Grupo:
Dirección:	Calle	Ciudad	Estado	Codigo
Fecha efectiva:				
Segunda Compañía de Seguro:		ID # de Seguro:		# de Grupo:
Dirección	Calle	Ciudad	Estado	Codigo
Fecha efectiva:				

