|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Hospital Estatal de Oregon** Solicitud para visitantes menores de edad |  |

|  |
| --- |
| **Instrucciones:** Llene esta solicitud con su información personal. La información debe estar completa y ser legible.* Escriba las respuestas en la computadora y luego imprima el formulario; o
* Escriba sus respuestas a mano (*no use letra cursiva*).

**Devuelva la solicitud utilizando cualquiera de los siguientes métodos:****1. Devuélvala a un miembro del personal en la ventana de la recepción principal del campus que está visitando.****2. Devuélvala por correo postal a la dirección correspondiente:** |
|  | Para los pacientes de Salem:Oregon State Hospital, SalemRECEPTION 2600 Center Street NE Salem, Oregon 97301 | Para los pacientes de Junction City:Oregon State Hospital, Junction CityRECEPTION29398 Recovery WayJunction City, Oregon 97448 |
| **3. Por fax:** | **4. La puede escanear y enviar por correo electrónico a:** |
|  | Salem: 503-945-2807Junction City: 541-465-3007 |  | Salem: SalemOSH.CommCenterLEDS@state.or.usJunction City: JC.BusinessServices@state.or.us |
|  |  |  |  |
| **Nombre del paciente:** |       | **Unidad:** |       |
|  |  |  |  |
| **Información sobre el visitante menor de edad** |
| Nombre: |       | Fecha de nacimiento: |       | Sexo: |       |
| Dirección postal: |       |
| Ciudad: |       | Estado: |       | Código postal: |       |
| **Padre, madre o tutor legal** |
| Nombre: |       | Relación: |       |
| Dirección postal: |       |
| Ciudad: |       | Estado: |       | Código postal: |       |
| ¿Cómo le gustaría recibir avisos? | [ ]  Teléfono | [ ]  Correo electrónico | [ ]  Por correo |
| Correo electrónico: |       | Teléfono: |  |
|  |
| **Permiso del padre/madre/tutor legal para la visita de un(a) menor**(*Nota: todos los solicitantes, incluyendo los menores, deben completar y enviar una solicitud por separado*)Las normas del Hospital Estatal de Oregon requieren que todas las personas no emancipadas menores de 18 años de edad cuenten con la aprobación de su tutor legal o padre/madre con custodia, y que vayan acompañadas durante la visita por un adulto que también esté aprobado para visitar al mismo paciente.Por medio de la presente, le doy permiso a (MENOR) de visitar al paciente nombrado arriba, quien está recibiendo tratamiento en un entorno seguro de tratamiento en el Hospital Estatal de Oregon. Lo anterior lo hago con pleno conocimiento de que ni el Hospital Estatal de Oregon, ni cualquiera de sus representantes, serán responsable de pérdida, lesión o daño alguno a personas o propiedades que sea resultado directo o indirecto de cualquier acción. |
|       |  |  |  |       |
| Nombre impreso del padre/madre/tutor legal | Firma del padre/madre/tutor legal | Fecha |

|  |  |
| --- | --- |
|  | **For oficial use only (PARA USO EXCLUSIVO DE LA OFICINA)** |
|  | Received by: |  | Date: |  |  |
|  | LEDS operator: |  | Date: |  | Result: |  |  |
|  |  |  |