

Place Patient Label Here

Consentimiento general para servicios de planificación familiar

Quiero ser paciente: Quiero convertirme en paciente y recibir servicios de la clínica de planificación familiar de manera voluntaria, y entiendo que tengo derecho a aceptar o rechazar los servicios de planificación familiar sin que se me denieguen otros servicios de la agencia. Por el presente doy mi consentimiento para los servicios, que pueden incluir:

- Exámenes físicos
- Análisis de laboratorio (que pueden incluir análisis de sífilis, VIH, gonorrea, clamidia y cáncer del cuello uterino)
- Suministros y educación sobre el control de la natalidad
- Los tratamientos y pruebas que acordemos el profesional médico y yo

Confidencialidad (privado): Entiendo que mi información médica es privada y está protegida por las leyes sobre confidencialidad estatales y federales. El personal no compartirá la información a no ser que:

- Yo les diga por escrito que pueden hacerlo.
- Se obtiene un resultado anormal que es necesario compartir con el médico de otra clínica o agencia con fines de seguimiento.
- Se comparte para tratamientos, pagos o atención médica, como se explica en el aviso de prácticas de privacidad.
 - Un ejemplo de compartir con fines de tratamiento sería comunicarse con otras clínicas en las que usted recibe atención.
 - Un ejemplo de compartir con fines de pago sería facturar a su plan de Medicaid o seguro médico por los servicios.
 - Un ejemplo de compartir con fines de operaciones de atención médica sería si los auditores estatales necesitaran consultar los expedientes médicos.
- Lo exija la ley.
- Si tiene menos de 18 años, no compartiremos su información con sus padres o tutores sin su permiso, a no ser que el médico piense que hacerlo es absolutamente necesario para su vida o su salud. En ese caso, el médico se comunicará con usted antes de compartir la información, a no ser que sea una emergencia o no pueda ponerse en contacto con usted.

Seguimiento: Entiendo que si se descubre algún problema, me sugerirán que haga un seguimiento, aunque yo tomaré la decisión final al respecto. Comunicaré al departamento de salud cualquier cambio de dirección o número de teléfono, para que puedan contactarme rápidamente si fuera necesario. Si el examen o los análisis descubren algún problema, el personal me remitirá a otra clínica si se necesitara.

Firma de la participante

_____/_____/_____
Fecha

DECLARACIÓN DEL INTÉRPRETE

Si hay un intérprete presente para ayudar a la persona a elegir un método anticonceptivo:

He traducido la información y los consejos que la persona que obtiene el consentimiento le ha dado oralmente a la paciente para usar el método anticonceptivo. He leído a la paciente el formulario de consentimiento en el idioma _____ y le expliqué su contenido. A mi leal saber y entender, la paciente ha entendido la explicación.

Intérprete

_____/_____/_____
Fecha