

Consentimiento para recibir los servicios de planificación familiar

1. Apellido	Primer nombre	Inicial del 2º nombre
2. Número del paciente		
3. Fecha de nacimiento		
	Mes	Día
		Año
4. Raza <input type="checkbox"/> Indio americano o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawai u otra isla del Pacífico <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> Blanco		
5. Grupo étnico <input type="checkbox"/> Hispano cubano <input type="checkbox"/> Hispano mexicano americano <input type="checkbox"/> De otro grupo hispano <input type="checkbox"/> Hispano puertorriqueño <input type="checkbox"/> No es de origen hispano o latino <input type="checkbox"/> No declarado		
6. Sexo <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino		
7. Condado donde reside		

Estoy de acuerdo en ser una paciente: Estoy eligiendo por mi propia voluntad convertirme en una paciente de la Clínica de Planificación Familiar y recibir los servicios que brinda. Entiendo que no necesito recibir servicios de planificación familiar para poder recibir otros servicios del departamento de salud. Mediante el presente documento acepto recibir los servicios, los cuales pueden incluir:

- Un examen médico completo
- Análisis clínicos (los cuales pueden incluir pruebas de detección de sífilis, VIH, gonorrea, clamidia y cáncer del cuello uterino)
- Suministros y educación para el control de la natalidad
- Tratamientos y exámenes que el proveedor de atención médica considere necesarios

Confidencialidad (Privacidad): Entiendo que mi información médica es estrictamente privada, y que está protegida por leyes de Carolina del Norte 130A-143. El personal no divulgará esta información ni la compartirá a con otras personas, salvo que:

- Yo le indique al personal por escrito que pueden compartirla
- El personal necesite dicha información para brindar servicios en esta clínica
- Es un resultado anormal que se necesita compartir con un proveedor médico en otra clínica o agencia para poder brindarme atención médica de seguimiento
- Así lo exijan las leyes

Seguimiento: Entiendo que si se encontrara algún problema, se harán sugerencias con respecto a mi seguimiento, y que yo decidiré acerca del seguimiento. Le informaré al Departamento de Salud acerca de cualquier cambio en mi dirección y/o mi teléfono a fin de que puedan contactarme rápidamente si es necesario. Si mi examen o mis análisis indican que existe algún problema, el personal puede remitirme a otra clínica para que me asistan si es necesario.

 Firma del paciente

_____/_____/_____
 Fecha

 Firma del paciente

_____/_____/_____
 Fecha

 Firma del paciente

_____/_____/_____
 Fecha

 Firma del paciente

_____/_____/_____
 Fecha

DECLARACIÓN DEL INTERPRETE

Si se proporciona un intérprete para ayudar al individuo en la elección de su método anticonceptivo (Marque la opción aplicable):

- He interpretado la información y consejos presentados oralmente a la persona que va utilizar el anticonceptivo arriba y a la persona que está obteniendo este consentimiento. También he leído el formulario de consentimiento en el idioma _____ y explicado el contenido a la persona. Según mi leal saber y entender, la persona ha comprendido esta explicación.

Interprete

____/____/_____
Fecha

- Esta agencia fue contratada por _____ para proveer servicios de interpretación por teléfono. El ____/____/_____, Nombre del Representante de Servicios/Número de Identificación: _____ interpretó la información y consejos presentados oralmente a la persona, incluyendo este formulario de consentimiento, para usar el método de anticoncepción mencionado arriba y a la persona que obtiene este consentimiento. La información se interpretó en el idioma de _____.

Entrevistador de la Agencia

____/____/_____
Fecha