

Coloque la etiqueta del paciente aquí

## Consentimiento general para los servicios de planificación familiar

**Acepto ser paciente:** Elijo convertirme en paciente y recibir servicios de la Clínica de Planificación Familiar por mi propia voluntad y entiendo que tengo derecho a aceptar o rechazar los servicios de planificación familiar sin que se me nieguen otros servicios de esta agencia. Por la presente doy mi consentimiento a los servicios que pueden incluir:

- Un examen físico
- Pruebas de laboratorio (que pueden incluir pruebas de detección de sífilis, VIH, gonorrea, clamidia, cáncer de cuello uterino)
- Materiales anticonceptivos y educación
- Tratamientos y pruebas acordados por mí y mi proveedor de atención médica

**Confidencialidad (privada):** Sé que mi información médica es privada y está protegida por las leyes de confidencialidad estatales y federales. El personal no compartirá esta información a menos que:

- Yo le diga al personal por escrito que pueden compartirla.
- Es un resultado anormal de la prueba que debe compartirse con un proveedor de atención médica en otra clínica o agencia para proporcionar mi atención de seguimiento.
- Se comparte para tratamientos, pagos o gestión de atención médica, como se explica en el Aviso de Prácticas de Privacidad.
  - Un ejemplo de cómo se comparte información para el tratamiento es comunicarse con otras clínicas a las que acude para recibir atención.
  - Un ejemplo de cómo se comparte información para el pago es facturar a Medicaid o a su plan de seguro médico por los servicios.
  - Un ejemplo de cómo se comparte información para la gestión de atención médica son las revisiones de expedientes médicos por parte de auditores estatales.
- La ley lo requiera.
- Si es menor de 18 años, su información no se compartirá con sus padres o tutores sin su permiso, a menos que su proveedor de atención médica considere que compartir la información es absolutamente necesario para su vida o salud. En este caso, su proveedor de atención médica se comunicará con usted antes de compartir información, a menos que sea una emergencia o no se pueda contactar con usted.

**Seguimiento:** Sé que si se encuentra algún problema, se me harán sugerencias sobre el seguimiento y depende de mí hacer un seguimiento. Informaré al Departamento de Salud de cualquier cambio en mi dirección y/o número de teléfono para que me puedan contactar rápidamente, si es necesario. Si mi examen o análisis de laboratorio muestran algún problema, el personal puede enviarme a otra clínica para obtener ayuda, si es necesario.

**Consentimiento para el método anticonceptivo :** Entiendo que recibiré educación y asesoramiento sobre los riesgos y beneficios de los métodos anticonceptivos disponibles. Mi proveedor médico y yo discutiremos los métodos que mejor se adapten a mis necesidades y preferencias. Reconozco que todos los métodos anticonceptivos tienen riesgos y beneficios. Acepto la responsabilidad de asegurarme de que entiendo estos riesgos y beneficios, y de aceptar los riesgos asociados con mi método elegido cuando decida comenzar a usarlo.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente / de la paciente

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Fecha

### DECLARACIÓN DEL INTÉRPRETE

Si se proporciona un intérprete para facilitar la comunicación entre el proveedor y el paciente en relación con la elección de un método anticonceptivo:

He traducido la información y las recomendaciones proporcionadas verbalmente por el proveedor al paciente en relación con el uso del método anticonceptivo mencionado anteriormente. También he leído el formulario de consentimiento al paciente en el idioma \_\_\_\_\_ y he explicado su contenido. A mi leal saber y entender, el/la paciente entendió esta explicación.

\_\_\_\_\_  
Intérprete

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Fecha