

Consentimiento para los servicios de planificación familiar

Solicitud para recibir servicios de planificación familiar

Nombre _____

Historia clínica nro. _____

Por la presente, doy mi consentimiento para recibir servicios médicos y relacionados por parte del personal del Programa de Planificación Familiar de Dakota del Norte (NDFPP) incluso mediante tecnologías de telemedicina.

Entiendo que estos servicios pueden incluir: la revisión de mi historial médico; la información, la educación y el asesoramiento sobre la salud; un examen médico; las pruebas de detección del cáncer de mama y cuello uterino, la salud mental, la hepatitis C, los riesgos conductuales y las infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH; y la derivación para recibir atención que no sea brindada en esta clínica.

Entiendo que tengo el derecho a recibir servicios de interpretación gratuitos en otros idiomas. Entiendo que debo avisar al personal si estos servicios me ayudarán a comprender la información escrita u oral recibida durante mis citas de cuidado de la salud.

Comprendo que recibiré información sobre las pruebas, los procedimientos, los tratamientos y los métodos de planificación familiar antes de que se me brinden estos servicios. Entiendo que esta información incluirá los beneficios, los riesgos, los posibles problemas o complicaciones, y opciones alternativas. Entiendo que debo preguntar todo lo que no comprenda.

Entiendo que la recepción de servicios de planificación familiar es voluntaria. Puedo cambiar de parecer sobre recibir estos servicios en cualquier momento. No se me ha brindado ninguna garantía con respecto a los resultados posibles de los servicios que recibo. Sé que aceptar los servicios de planificación familiar no es un requisito previo para la recepción de otros servicios ofrecidos en esta institución.

Entiendo que puedo recibir los servicios de esta clínica de planificación familiar independientemente de mi religión, raza, color, nacionalidad, discapacidad, edad, sexo, orientación sexual, identidad de género, características sexuales, cantidad de embarazos, estado civil o imposibilidad para pagar.

También entiendo que mis servicios e historial médicos serán tratados de forma confidencial. Mi historial médico podría divulgarse a otros solo con mi consentimiento por escrito o porque así lo requiera la ley, como ante casos de abuso o negligencia infantil reportados. Si se realizan pruebas para detectar infecciones de transmisión sexual, la ley exige que se informen los resultados positivos de las pruebas a las agencias de salud pública. Entiendo que mi historial médico de planificación familiar puede compartirse con otras clínicas de planificación familiar de Dakota del Norte para la atención en otras clínicas de planificación familiar de mi elección.

Mi firma en este formulario indica que he recibido o me han ofrecido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad. Entiendo que puedo solicitar una copia del Aviso de Privacidad en cualquier momento.

Si mis citas médicas están cubiertas por un seguro o por terceros, autorizo al NDFPP a divulgar la información médica necesaria para determinar los beneficios pagables según este enunciado. Autorizo el pago de los beneficios médicos al médico o proveedor de servicios prestados. Entiendo que soy financieramente responsable por este pago, según mi categoría de pago, independientemente de mi cobertura médica. Por la presente, certifico que he leído y comprendido lo anterior, y brindo consentimiento voluntario para los servicios y elementos provistos por esta clínica.

Firma del cliente