

Згода на послуги з планування сім'ї

Запит на послуги з планування сім'ї

Ім'я _____

Номер карти: _____

Цим я даю згоду на отримання медичних та супутніх послуг від співробітників Програми планування сім'ї в Північній Дакоті (NDFPP), при цьому можуть використовуватися технології телемедицини.

Я розумію, що ці послуги можуть включати: вивчення моєї історії хвороби; медичну інформацію, освіту та консультації; медичне обстеження; скринінги на рак молочної залози та шийки матки, психічне здоров'я, гепатит С, поведінкові ризики та інфекції, що передаються статевим шляхом, включаючи ВІЛ, а також направлення на лікування, яке не надається в цій клініці.

Я розумію, що маю право на безкоштовні послуги перекладача. Я розумію, що я повинен повідомити персонал клініки, чи потрібні будуть мені ці послуги для розуміння письмової чи усної інформації, наданої під час моїх візитів до лікаря.

Я розумію, що мені буде надано інформацію про аналіз (аналізи), процедуру (процедури), лікування та метод (методи) планування сім'ї до надання будь-якої з цих послуг. Я розумію, що ця інформація включатиме переваги, ризики, можливі проблеми чи ускладнення та альтернативні варіанти. Я розумію, що мені слід ставити питання про все, чого я не розумію.

Я розумію, що я отримую послуги з планування сім'ї добровільно. Я можу змінити свою думку щодо отримання цих послуг у будь-який час. Мені не було надано жодних гарантій щодо результатів, які можна отримати від будь-яких послуг, які я отримую. Я знаю, що моя згода на послуги з планування сім'ї не є обов'язковою умовою для отримання інших послуг, які пропонуються у цій клініці.

Я розумію, що я маю право на отримання послуг у цій клініці планування сім'ї незалежно від моєї релігії, раси, кольору шкіри, національного походження, інвалідності, віку, статі, сексуальної орієнтації, гендерної ідентичності, статевих характеристик, кількості вагітностей, сімейного стану чи платоспроможності.

Я також розумію, що мої медичні послуги та записи будуть оброблятися конфіденційно. Мої медичні записи можуть бути розкриті іншим особам лише за моєю письмовою згодою або в інших випадках, передбачених законом, таких як повідомлення про жорстоке поводження з дітьми або нехтування ними. Якщо аналізи здаються на будь-які захворювання, що передаються статевим шляхом, закон вимагає повідомляти про позитивні результати цих аналізів в органи громадської охорони здоров'я. Я розумію, що мої медичні записи про планування сім'ї можуть бути передані іншим клінікам планування сім'ї в Північній Дакоті для надання допомоги в інших клініках планування сім'ї на мій вибір.

Мій підпис на цій формі засвідчує, що я отримав (-ла) або мені запропонували отримати копію повідомлення про політику конфіденційності. Я розумію, що можу будь-коли запитати копію повідомлення про конфіденційність.

Якщо мій візит покривається страховкою або іншими сторонніми платниками, я дозволяю NDFPP надати медичну інформацію, необхідну для визначення сум страхового покриття, що підлягають виплаті за цією вимогою. Я дозволяю виплату медичного покриття лікарю або постачальнику наданих послуг. Я розумію, що несу фінансову відповідальність за цей рахунок відповідно до своєї категорії платника

незалежно від страхового покриття. Цим я підтверджую, що прочитав (-ла) і зрозумів (-ла)
вищевикладене і добровільно даю згоду на послуги та витратні матеріали, що надаються цією клінікою.

Підпис клієнта