

SOLICITUD DE SERVICIOS DE SALUD REPRODUCTIVA

Yo, (escriba su nombre en letra imprenta o a máquina) _____ solicito a _____ (nombre de la agencia) servicios de planificación familiar y salud reproductiva. Entiendo que proporcionaré un historial médico, se me realizará un examen físico y se me puede someter a diversas pruebas, entre ellas:

- * Medición de estatura, peso y presión arterial
- * Examen de mamas
- * Examen pélvico (vaginal)
- * Papanicolau: una prueba para detección de cáncer de cuello uterino y problemas asociados
- * Examen de los genitales masculinos
- * Exámenes de detección de infecciones de transmisión sexual
- * Análisis de orina para detectar diabetes e infección urinaria
- * Análisis de orina y/o sangre para verificar si existe un embarazo
- * Análisis de sangre para detectar sífilis, anemia e inmunidad a la rubéola
- * Análisis de sangre para detectar trastornos de hemoglobina, si se indica
- * Examen cutáneo para detectar tuberculosis (TB), si se indica
- * Otros exámenes clínicos pertinentes, si se indican

- Entiendo que mi información de salud es confidencial. Confidencial significa que ninguna persona o entidad ajena a (_____) recibirá información sobre mis visitas o información determinada acerca de mi atención médica sin mi permiso por escrito. Entiendo que algunos casos (presunto abuso infantil/abuso sexual, negligencia infantil) se deben informar de acuerdo con lo estipulado por la ley estatal y federal.
- Entiendo que puedo solicitar información acerca de los distintos tipos de métodos de planificación familiar aprobados que existen a mi disposición. Asimismo, entiendo que estos métodos incluyen, entre otros: métodos basados en el conocimiento sobre fertilidad, condones, diafragma, espermicidas (película, espuma o gel vaginal), píldoras anticonceptivas, anticonceptivo de emergencia, dispositivo intrauterino (DIU), inyección anticonceptiva (Depo-Provera®), parche cutáneo anticonceptivo, anillo vaginal (NuvaRing®) e "implante cutáneo" subdérmico (Implanon®). Con la ayuda de mi proveedor de atención médica decidiré cuál es el mejor método de planificación familiar para mí.
- Si se detecta que tengo una infección de transmisión sexual, infección en la vejiga u otra infección, puedo solicitar tratamiento para dicha infección. Si mi prueba de detección de gonorrea, clamidia, sífilis o VIH resulta positiva, entiendo que, de conformidad con la ley, este resultado o los resultados de cualquier otra infección que se debe informar se enviarán al Departamento de Salud e Higiene Mental, Administración de Enfermedades Infecciosas y Salud Ambiental del Estado de Maryland, en virtud de la ley.
- Entiendo que yo soy responsable de mi salud. Acuerdo llamar a la clínica de planificación familiar para controles regulares y para consultar sobre los resultados de mis análisis de laboratorio. Le informaré a la clínica si cambio de dirección, número de teléfono o

información de contacto. Si decido no regresar a la clínica, buscaré atención de otro proveedor.

- Entiendo que la información en mi expediente médico se puede divulgar en formato de resumen, estadística u otro tipo sin mi consentimiento si la información no me identifica por mi nombre.
- Acepto recibir voluntariamente servicios de planificación familiar. Entiendo que puedo anular este consentimiento en cualquier momento.
- Entiendo y estoy de acuerdo con las afirmaciones anteriores. He tenido la oportunidad de hacer preguntas, a todas las cuales se ha dado respuesta.

Fecha: _____ Firma del cliente: _____

Complete lo siguiente si fue necesario interpretar el consentimiento informado:

Se ofreció un intérprete al cliente. sí no

Se ha leído este formulario al cliente en su idioma materno. sí no

Idioma del paciente (especifique): _____

Nombre del intérprete: (escriba su nombre en letra imprenta o a máquina) _____

Servicios de interpretación proporcionados por (agencia): _____

Fecha: _____ Firma del intérprete: _____

Para uso exclusivo del personal:

Mediante mi firma, confirmo que:

- El cliente leyó personalmente este formulario o un intérprete se lo leyó.
- El cliente afirma que entiende esta información.
- El cliente ha indicado que no tiene más preguntas.

Fecha: _____ Firma del personal: _____
