PLAN DE CONTACTO INDIVIDUALIZADO PARA PLANIFICACIÓN FAMILIAR

Yo, (escriba su nombre en letra imprenta o a máquina) _____ ,
solicito que el siguiente plan especial me contacte respecto de mis visitas de planificación
familiar:

- Acepto llamar a mi proveedor de atención médica para conocer los resultados de mis exámenes dentro de 10 a 14 días después de cada visita a la clínica. Es posible que se me pida que llame nuevamente en el futuro si los resultados de los exámenes no están listos.
- Le informaré al personal de la clínica si cambio de dirección, número de teléfono o información de contacto.
- Asistiré a las citas programadas para continuar recibiendo una buena atención médica.
- Si no llamo a la clínica dentro de los 10 a 14 días siguientes a mi visita o no respondo al plan escrito anteriormente, y si se detecta un problema de salud grave, entiendo que el personal de (nombre de la agencia) _____ se puede comunicar conmigo por teléfono, carta o carta certificada.
- 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: