CONSENTIMIENTO PARA LOS SERVICIOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

Yo, (imprima o escriba el nombre a máquina) _____, solicito los servicios de planificación familiar del _____ Departamento de Salud. Entiendo que proporcionaré un historial médico, me someteré a un examen físico, y puedo recibir varias pruebas que pueden incluir sin limitarse a:

- Medida de altura, peso y presión sanguínea
- Examen de los pechos – por tumores o anomalías
- Examen de la pelvis (vaginal)
- Citología vaginal (Prueba de Papanicolaou) – una prueba de detección para cáncer de cérvix y enfermedades relacionadas
- Examen genital masculino
- Pruebas de gonorrea, clamidia y papilomavirus humano (infecciones transmitidas sexualmente)
- Prueba de orina para diabetes e infección urinaria
- Pruebas de orina y/o sangre para comprobar embarazo
- Pruebas de sangre para comprobar sífilis, anemia, e inmunidad a la rubéola
- Pruebas de sangre para desórdenes de hemoglobina, cuando sea indicado
- Prueba de sangre para la infección de VIH (SIDA), cuando sea indicado – la prueba de VIH requiere firmar un formulario especial de consentimiento
- Prueba de la piel para tuberculosis (TB), cuando sea indicado
- Otras pruebas clínicas apropiadas, cuando sea indicado

Entiendo que mi información de salud es confidencial. Confidencial significa que nadie fuera del Departamento de Salud sabrá acerca de mis visitas ni se les dará información acerca de mi cuidado de salud sin mi consentimiento escrito. Entiendo que en ciertos casos (presunto abuso de un niño/abuso sexual, desatención del niño) la confidencialidad no puede guardarse a causa de la ley de Maryland.

Solicito información acerca de los diferentes tipos de métodos de planificación familiar que están a mi disposición. Entiendo que estos métodos incluyen, pero no se limitan a: métodos de conocimiento de la sexualidad, condones, diafragma, espermicida (película vaginal, espuma, o gel), píldoras anticonceptivas, píldoras anticonceptivas de emergencia, dispositivo intrauterino (IUD), “inyección” anticonceptiva (Depo-Provera), parche anticonceptivo de piel (Ortho Evra), anillo vaginal (NuvaRing) e implante de piel (Implanon). Con la ayuda de mi profesional clínico decidiré el método de planificación familiar que es mejor para mí.

Si se encuentra que tengo una infección sexualmente transmitida, infección de la vejiga urinaria, u otra infección, puedo solicitar tratamiento para la infección.

Si mi prueba de gonorrea, clamidia, sífilis o VIH es positiva, entiendo que, por ley, este resultado será comunicado a la División de Enfermedades Transmisibles del Departamento de Salud e Higiene Mental del Estado de Maryland.

Entiendo que mi salud es mi responsabilidad. Acuerdo en llamar a mi clínica de planificación familiar para chequeos regulares y para averiguar los resultados de mis pruebas de laboratorio. Comunicaré a la clínica si cambio de dirección, número de teléfono o información de contacto. Si decido no volver a la clínica, buscaré cuidado de otro proveedor.

Entiendo que la información en mi registro de salud puede divulgarse en resumen, estadísticamente u otras formas sin mi consentimiento cuando la información no me identifica por el nombre.

Acuerdo voluntariamente recibir servicios de planificación familiar. Entiendo que puedo retirar este consentimiento en cualquier momento.

Entiendo y estoy de acuerdo con las declaraciones anteriores.

Fecha: _____ Firma del cliente: _____

Si se requirió la traducción del CONSENTIMIENTO PARA SERVICIOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR:

- Se ofreció un traductor al cliente. sí no
- El cliente escogió usar su propio traductor. sí no
- Este formulario ha sido traducido oralmente para el cliente en la lengua materna del cliente.
- Idioma traducido: _____
- Traducción suministrada por: _____
(imprima o escriba el nombre del traductor)
- Traductor empleado por, o parentesco con el cliente: _____
- Fecha: _____ Firma del traductor: _____

- El cliente ha leído el formulario o un traductor u otra persona se lo han leído.
- El cliente afirma que entiende esta información.
- El cliente ha indicado que no tiene más preguntas.
- Fecha: _____ Firma del personal: _____