

PLAN DE CONTACTO INDIVIDUALIZADO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

Yo (imprima o escriba el nombre a máquina) _____, solicito al siguiente plan especial que me llame en lo que respecta a mis visitas de planificación familiar:

Acuerdo en llamar a la clínica para los resultados de mis análisis entre 10 y 14 días después de cada visita a la clínica. Puede que me pidan que llame unos días más tarde si no están listos todos los resultados.

Comunicaré a la clínica si cambio de dirección, número de teléfono, o mi información de contacto.

Llamaré por citas de forma que pueda continuar recibiendo un buen cuidado de salud.

Si no llamo a la clínica dentro de 10 a 14 días de mi visita o si fallo en responder al plan escrito anterior, y se descubre un grave problema de salud, entiendo que el personal del Departamento de Salud puede contactarme por teléfono, carta, o carta certificada.

Entiendo y estoy de acuerdo con las declaraciones anteriores.

Fecha: _____ Firma del cliente: _____

Si se requirió la traducción del PLAN DE CONTACTO INDIVIDUALIZADO 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: _____