

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Yo, _____, autorizo al personal de la mencionada clínica a examinarme, tratarme y asesorarme. Entiendo lo siguiente y concuerdo con ello:

SERVICIOS

- Los servicios de planificación familiar incluyen lo siguiente: revisión de mi historia clínica, consultas de rutina de planificación familiar para comenzar a utilizar un método anticonceptivo, exámenes de infecciones de transmisión sexual y VIH, asesoramiento de reducción de riesgos, prueba y asesoramiento de embarazo, exámenes y asesoramiento preconcepcivo y derivación para cuidados no proporcionados en esta clínica.
- Se me brindará información sobre la(s) prueba(s), procedimiento(s), tratamiento(s) y método(s) anticonceptivo(s) antes de que se me proporcione cualquiera de estos servicios. Esta información incluirá los beneficios, riesgos, posibles problemas o complicaciones y otras opciones. Haré preguntas sobre todo lo que no entienda.
- Es mi decisión si quiero o no recibir servicios, y puedo cambiar de opinión respecto a recibir servicios en esta clínica en cualquier momento.
- No recibo garantía alguna en relación con los resultados de cualquier servicio que reciba.
- Acepto someterme a un examen físico, incluido un examen de mamas, pélvico y genital, si así se recomendara.
- Mi proveedor de atención médica podrá recomendar pruebas de laboratorio, incluyendo una prueba de Papanicolaou, si fuera necesario.
- Podré ser derivada a otro proveedor de atención médica para la realización de más pruebas o tratamientos de ser necesario.
- Recibir servicios de planificación familiar no es un requisito para poder recibir cualquier otro servicio ofrecido en la clínica.

PAGO

- Existen determinados riesgos y peligros relacionados con todas las formas de tratamiento y atención médicos que pueden derivar en costos adicionales para mí (la cliente).
- Ninguna aseguradora o programa de ayuda otorga garantía de pago de los costos no cubiertos por el programa de planificación familiar, de los que soy responsable.
- Es posible que se me facturen los servicios no cubiertos por el Programa de Planificación Familiar de Colorado, como, entre otros, colposcopías o tratamiento de complicaciones resultantes de procedimientos cubiertos por el Programa de Planificación Familiar de Colorado o efectos secundarios de medicamentos.
- Algunas pruebas de laboratorio podrán no estar cubiertas por el programa de planificación familiar. Mi médico lo hablará conmigo.
- Si debo ser derivada a otro proveedor de atención médica, asumiré la responsabilidad de obtener esa atención y pagar por ella.

PRIVACIDAD

- Toda mi información se mantendrá en la más estricta confidencialidad y no se divulgará a nadie sin mi autorización, salvo que sea obligatorio por ley. Esto podría incluir:
 - Resultados positivos de análisis de algunas enfermedades de transmisión sexual
 - Abuso sexual o maltrato físico de menores de edad
 - Signos físicos de violencia doméstica o violencia íntima por parte de la pareja
- Entiendo que esta clínica de atención médica utiliza una base de datos que abarca todo el estado y que hace que mi información médica esté disponible para el departamento de salud del estado de Colorado a efectos de la comunicación de información del programa.

He leído esta información. Me la han explicado y la entiendo. Una persona de la clínica respondió mis preguntas.

Firma de la cliente

Fecha

La cliente recibió la información anterior y pienso que la entiende.

Firma del personal

Fecha

Información de identificación del intérprete _____

CDPHE-FPP • REVISED 11-2019