

Consentimiento para el Programa de Planificación Familiar
Clínica de Planificación Familiar TCHD

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, detección y pruebas (si están indicadas) de infecciones de transmisión sexual y VIH, y 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 recomendará.
- Mi proveedor de atención médica podrá recomendar pruebas de laboratorio, incluida una prueba Pap, si fuera necesario.
- Podré ser derivada a otro proveedor de atención médica para la realización de más pruebas o tratamientos de ser necesario.

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 Título X, como, entre otros, colposcopías o tratamiento de complicaciones resultantes de procedimientos cubiertos por el Título X 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 la información anterior. 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 lo entienden.

Firma del personal

Fecha

Información de identificación del intérprete _____

Label



Consentimiento informado para los servicios de telesalud

Nombre del cliente: _____ Fecha de nacimiento: _____
(Por favor escriba en letra de molde)

El Departamento de Salud de Tri-County (TCHD) reconoce que hay situaciones en las que un cliente no puede ser visitado o visto en persona, y los servicios se pueden proporcionar a través de un método que no sea en persona.

La telesalud implica el uso de comunicaciones electrónicas para permitir a los proveedores ofrecer servicios de salud de forma remota como una extensión de los encuentros con los clientes con el propósito de mantener el continuo cuidado.

Entiendo y acepto lo siguiente: *(Por favor ponga sus iniciales)*

_____ Entiendo que las visitas ocasionales de telesalud (por teléfono u otra tecnología aprobada por TCHD) son una forma alternativa para recibir servicios del programa. Entiendo que la privacidad y/o seguridad completa no está garantizada en las visitas de telesalud, y esto ha sido hablado conmigo. Entiendo además que las visitas de telesalud son opcionales y que puedo rechazar las visitas de telesalud en cualquier momento.

Sí, me gustaría participar en la opción de telesalud del programa.

No, no me gustaría participar en la opción de telesalud del programa.

Firma del cliente/Tutor legal

Fecha

Formulario de consentimiento explicado por: _____, Personal del TCHD _____
Fecha