



**SOLICITUD DE SERVICIOS MÉDICOS Y RECONOCIMIENTO  
DEL RECIBO DE LA NOTICIA SOBRE LAS PRÁCTICAS PRIVADAS SOBRE INFORMACIÓN DE SALUD**

Antes de dar su consentimiento, es importante que entienda la información que sigue a continuación. Si tiene alguna pregunta, nos complace conversar con usted para aclararle cualquier duda. Usted puede solicitar una copia de este formulario.

Entiendo que debo informar al personal si necesito servicios de interpretación del idioma con el fin de entender la información escrita y verbal que se me da durante mis consultas de cuidado de la salud. Entiendo que es posible que no haya ningún intérprete disponible inmediatamente y que Planned Parenthood tenga que referirme a otras instalaciones del cuidado de la salud para que me proporcionen los servicios necesarios para mi cuidado.

He recibido información sobre la(s) prueba(s), tratamiento(s), procedimiento(s), método(s) anticonceptivo(s) que me serán suministrados, incluyendo los beneficios, riesgos, complicaciones y/o problemas posibles y opciones alternativas. Entiendo que debo hacer preguntas sobre todo lo que no comprendo y que un médico estará disponible para contestar a cualquier pregunta que pudiera tener.

No se me ha ofrecido garantía alguna con respecto a los resultados que podré obtener de los servicios que reciba. Entiendo que es mi decisión recibir o no estos servicios y que en cualquier momento puedo cambiar de opinión acerca de si recibir o no los servicios médicos de Planned Parenthood.

Entiendo que si el resultado de ciertas pruebas de infecciones por transmisión sexual da positiva, la ley obliga a informar a los organismos de salud pública.

Si es necesario recibiré una referencia para procurar diagnóstico o tratamientos adicionales. Entiendo que si necesito una referencia, asumiré la responsabilidad de obtener y pagar esa atención médica. Me han informado cómo obtener atención en caso de emergencia.

Tal descrito en el Aviso de Practicas Privadas de Información sobre Salud (Notice of Health Information Privacy Practices) de Planned Parenthood of Central Ohio: entiendo que confidencialidad va a ser mantenida; entiendo que información puede ser compartida, en resumen, estadísticamente o en otras formas sin mi consentimiento por motivos de procedimientos en el cuidado de salud cuando la información disponible no ayudada a identificar pacientes individualmente y doy mi consentimiento a usar y compartir mi información de salud.

Por la presente acepto que una persona autorizada por Planned Parenthood lleve a cabo una evaluación, prueba y tratamiento (incluyendo un fármaco o dispositivo anticonceptivo, si lo solicito).

**Por medio del presente acuso recibo del Aviso de Prácticas de Privacidad Sobre la Información de la Salud de Planned Parenthood of Central Ohio, Inc.**

Firma de la paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

*Soy testigo de que el/la paciente recibió la información arriba mencionada y que él/ella leyó y entendió la misma y tuvo la oportunidad de hacer preguntas.*

Firma del testigo \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**MARQUE AQUÍ SI EL TUTOR O PARIENTE DEL PACIENTE ESTÁ OBLIGADO POR LEY A FIRMAR A CONTINUACIÓN**

Firma de cualquier otra persona que otorgue autorización \_\_\_\_\_

Relación con el paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

*Soy testigo de que el tutor legal del/de la paciente (o persona que actúa en su nombre) recibió la información arriba mencionada y que él/ella leyó y entendió la misma.*

Firma del testigo \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_