

## PETICION PARA RECIBIR SERVICIOS MÉDICOS

### Request for Medical Services

FECHA: \_\_\_\_\_ PACIENTE No.: \_\_\_\_\_

NOMBRE DE LA PACIENTE: \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ TELEFONO No.: \_\_\_\_\_

Antes de dar su consentimiento, asegúrese de entender la siguiente información. Si tiene preguntas con gusto las responderemos. Usted puede obtener una copia de esta planilla.

Entiendo que tengo derecho a tener un intérprete sin costo alguno. Es mi deber de informar a la recepcionista si este servicio me ayudará a entender la información escrita y verbal recibida durante my visita.

He recibido información acerca de la(s) prueba(s), tratamiento(s), procedimiento(s) y los métodos anticonceptivos que se proveen, incluyendo los beneficios, riesgos, posibles problemas, complicaciones y opciones alternativas. Entiendo que debo preguntar sobre cualquier cosa que no entienda. Sé que un proveedor de servicios médicos está disponible para responder cualquier pregunta que yo tenga.

No se me han garantizado los resultados sobre cualquiera de los servicios que yo reciba. Sé que es mi decisión de recibir ó no los servicios. Sé que en cualquier momento puedo cambiar de opinión acerca de recibir atención médica en Planned Parenthood.

En caso que los resultados de las pruebas para determinar enfermedades transmitidas sexualmente sean positivos, entiendo que serán reportados a las instituciones de salud pública como lo manda la ley. Entiendo que tratarán de comunicarse conmigo si los resultados del laboratorio indican riesgo de infección, aún si yo he elegido no ser contactado.

Si es necesario seré enviado para obtener diagnósticos más avanzados ó tratamiento. Entiendo que si soy enviado a otro lugar, yo asumiré la responsabilidad de obtener y pagar dichos cuidados. Se me ha indicado cómo obtener asistencia médica en caso de una emergencia.

Entiendo que se mantendrá la privacidad como se describe en las Notas de Salud de las Prácticas de Privacidad de Planned Parenthood. Doy mi consentimiento para que mi información médica se use y se revele de acuerdo con las Nota de Salud de las Prácticas de Privacidad.

Solicito que una persona autorizada por Planned Parenthood me proporcione la evaluación, las pruebas y tratamiento (incluyendo un fármaco ó un dispositivo anticonceptivo, si yo lo pidiera).

He recibido una copia de las Notas de Salud de las Prácticas de Privacidad de Planned Parenthood of Western Washington.

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

Soy testigo de que el paciente recibió la información mencionada anteriormente y dijo que ella/el la leyó y la entendió y tuvo la oportunidad de hacer preguntas.

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

	<b>MARQUE AQUÍ SI, DE CONFORMIDAD CON LA LEY, ES NECESARIO QUE UN FAMILIAR O TUTOR DEL PACIENTE FIRME ABAJO</b>
Firma de cualquier otra persona que dá su consentimiento _____	
Relación con la paciente _____ Fecha _____	
Fuí testigo de que el tutor legal del paciente (o la persona que dió el consentimiento en su nombre) recibió la información mencionada anteriormente y dijo haberla leído y comprendido.	
Firma del testigo _____ Fecha _____	