

**SOLICITUD DE SERVICIOS MÉDICOS Y RECONOCIMIENTO DEL
RECIBO DEL AVISO DE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD
SOBRE LA INFORMACIÓN DE SALUD**

Fecha _____ Núm. del/a paciente _____

Nombre del/a paciente _____

Fecha de nacimiento _____ Núm. de teléfono _____

Antes de dar su consentimiento, es importante que entienda la información que sigue a continuación. Si tiene alguna pregunta, nos complacerá 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 buscar 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.

Entiendo que se mantendrá la confidencialidad según se describe en el *Aviso de Prácticas de Privacidad sobre la Información de Salud de Planned Parenthood (Notice of Health Information Privacy Practices)*. Autorizo a que se use y se divulgue la información sobre mi salud según se describe en el *Aviso de Prácticas de Privacidad sobre la Información de la 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 favor considere que Planned Parenthood es una institución de enseñanza, y que las personas entrenando y bajo estricta supervisión, puede ser que participen en algunos aspectos de su atención médica.

Aviso a los consumidores
Los doctores médicos son autorizados y regulados por la Junta Médica de California
(800) 633-2322
www.mbc.ca.gov

Por medio del presente acuso recibo del aviso de prácticas de privacidad sobre la información de la salud de PPSBVSLO.

Firma del/a 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 _____

Intérprete de lenguaje proporcionado

Nombre de intérprete: _____

	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 _____