REQUEST AND CONSENT FOR MEDICAL SERVICES

SOLICITUD Y CONSENTIMIENTO PARA DE SERVICIOS MÉDICOS

Planned Parenthood Pasadena & San Gabriel Valley, Inc.

626.798.0706

Antes de dar su consentimiento, asegúrese de comprender la información suministrada a continuación. Si tiene alguna duda, nos complacerá conversar sobre el tema con usted. Puede solicitar una copia de este formulario.

Comprendo que la información que suministraré es verídica, precisa y completa, y que mis opciones de atención médica dependerán de dicha información.

Me darán información sobre las pruebas, los tratamientos, los procedimientos y los métodos anticonceptivos que me suministrarán, incluidos los beneficios, los riesgos, los posibles problemas o complicaciones, y las opciones alternativas. Comprendo que debo hacer preguntas sobre cualquier cosa que no entienda. Comprendo que hay un profesional médico a mi disposición para responder todas mis preguntas.

No me han dado ninguna garantía en cuanto a los resultados que pueden obtenerse de los servicios que reciba. Sé que yo decido recibir o no los servicios. Sé que puedo cambiar de opinión en cualquier momento respecto a recibir servicios médicos en Planned Parenthood.

Comprendo que, si los resultados de ciertas pruebas de detección de infecciones de transmisión sexual son positivos, la ley exige informarlos a organismos de salud pública.

Comprendo que, si el resultado de una prueba es anormal, la comunicación verbal o escrita que recibiré incluirá lo siguiente: una explicación y el significado del hallazgo anormal, y las posibles consecuencias de no recibir atención adicional y/o tratamiento, de ser necesario.

Me realizarán derivaciones para que reciba otros exámenes de diagnóstico o tratamiento si es necesario. Comprendo que, si es necesaria una derivación, asumiré la responsabilidad de obtener y pagar la atención. Me informarán cómo recibir atención en caso de emergencia.

Entiendo que algunos servicios aplicables (aquellos que no requieren una exploración física) pueden ofrecerse mediante telemedicina y que, en tal caso, no estaré ante la presencia de un profesional de la salud. Si esa fuera la situación, entiendo que tengo derecho a solicitar la reprogramación de mi cita médica para una hora y un lugar en el que haya un profesional de la salud presente para ofrecer sus servicios. Si opto por recibir atención mediante telemedicina, entiendo que también acepto recibir mensajes de Planned Parenthood en la forma de mensajes seguros con protección de la privacidad dentro de la aplicación o del sitio web de telemedicina. Entiendo que puedo habilitar las notificaciones en la configuración de la aplicación de telemedicina o de la cuenta del sitio web para que me avise cuando tenga un mensaje. Las notificaciones no contienen ningún tipo de información de salud protegida.

Te informamos que Planned Parenthood Pasadena and San Gabriel Valley es una institución de enseñanza, y que personas que se están capacitando podrán participar, bajo una supervisión estricta, en algunos aspectos de tu atención

Proprietary property of Planned Parenthood.

REQUEST AND CONSENT FOR MEDICAL SERVICES

Por el presente, solicito que una persona autorizada por Planned Parenthood me provea servicios adecuados de evaluación, pruebas y tratamiento (lo que incluye medicamentos
o dispositivos anticonceptivos, si los solicito).

Firma de la paciente _____

Fecha _____

Soy testigo de que la paciente recibió la información arriba mencionada, de que dijo haberla leído y comprendido, y de que tuvo la oportunidad de hacer preguntas.

Firma del testigo _____

Fecha _____

	MARQUE AQUÍ SI EL TUTOR O EL FAMILIAR DE LA PACIENTE ESTÁ LEGALMENTE OBLIGADO A FIRMAR ABAJO./CHECK HERE IF PATIENT'S GUARDIAN OR RELATIVE IS LEGALLY REQUIRED TO SIGN BELOW.
Firma de cualquier otra persona que dé el consentimiento _____ Relación con la paciente _____ Fecha _____ Soy testigo de que el tutor legal de la paciente (o la persona que da el consentimiento en nombre de la paciente) recibió la información arriba mencionada y de que dijo haberla leído y comprendido. Firma del testigo _____ Fecha _____	

Proprietary property of Planned Parenthood.