



NORTH DAKOTA DEPARTMENT OF HEALTH
Family Planning Program

SOLICITUD PARA RECIBIR
SERVICIOS DE PRUEBAS DE PLANIFICACION FAMILIAR

Nombre _____ Chart No: _____

Por la presente consiento en recibir servicios médicos y relacionados del personal del Programa de Planificación Familiar de Dakota del Norte (NDFP). Entiendo que estos servicios pueden incluir: educación en salud; Revisión de la historia médica; Examen médico; Detección del cáncer cervicouterino y de las enfermedades de transmisión sexual, incluido el VIH / SIDA; Y referencias para la atención no proporcionada por el programa.

Entiendo que tengo el derecho de recibir servicios gratuitos de intérpretes de idiomas. Entiendo que debo decirle al personal si estos servicios serán útiles para mi comprensión de la información escrita o hablada dada durante mis visitas de atención médica.

Entiendo que se me proporcionará información sobre el (los) examen(s), procedimiento(s), tratamiento(s) y método(s) anticonceptivos antes de que cualquiera de estos servicios sea proporcionado. Entiendo que esta información incluirá los beneficios, riesgos, posibles problemas o complicaciones y opciones alternativas. Entiendo que debo hacer preguntas sobre algo que no entiendo.

Entiendo que mi recibo de servicios de planificación familiar es voluntario. Puedo cambiar de opinión acerca de recibir estos servicios en cualquier momento. No se me ha dado ninguna garantía sobre los resultados que se pueden obtener de los servicios que recibo. Sé que mi aceptación de los servicios de planificación familiar no es un requisito previo para la recepción de otros servicios ofrecidos en este sitio.

Entiendo que soy elegible para recibir servicios de esta clínica de Planificación Familiar sin importar mi religión, raza, color, origen nacional, discapacidad, edad, sexo, número de embarazos o estado civil.

También entiendo que mis servicios y registros médicos recibirán tratamiento confidencial. Mis expedientes médicos pueden ser divulgados a otros solamente con mi consentimiento escrito, o como de otra manera requerido por la ley tales como divulgar abuso del niño y divulgar ciertas enfermedades. Si se toman pruebas para detectar cualquier enfermedad de transmisión sexual, la ley exige que se comuniquen los resultados positivos de esas pruebas a los organismos de salud pública. Entiendo que mis expedientes médicos de planificación familiar pueden ser compartidos con otras clínicas de planificación familiar de Dakota del Norte para atención en otras clínicas de planificación familiar de mi elección.

Mi firma en este formulario indica que he recibido o me han ofrecido una copia de la Notificación de Prácticas de Privacidad. Entiendo que puedo solicitar una copia del Aviso de Privacidad en cualquier momento.

Si mi visita está cubierta por un seguro o por terceros pagadores, autorizo a NDFP a divulgar la información médica necesaria para determinar los beneficios pagaderos bajo esta reclamación. Autorizo el pago de beneficios médicos al médico o proveedor de servicios prestados. Entiendo que soy financieramente responsable de esta factura de acuerdo a mi categoría de pago independientemente de la cobertura del seguro. Por la presente certifico que he leído y entiendo lo anterior y voluntariamente consiento para los servicios y suministros proporcionados por esta clínica.

Firma del cliente (Client Signature)

Fecha (Date)

Family Planning Staff Witness

Date