

Consentimiento del programa de salud sexual
Departamento de salud de Adams County

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Yo, _____, autorizo al personal de la mencionada clínica a examinarme, tratarme y asesorarme. Entiendo y estoy de acuerdo con lo siguiente:

Servicios:

- Los servicios de planificación familiar incluyen lo siguiente: revisión de mi historial de salud, consultas de rutina de planificación familiar para comenzar a utilizar un método anticonceptivo, detección y pruebas (si están indicadas) de infecciones de transmisión sexual y VIH, y asesoramiento de reducción de riesgos, prueba y asesoramiento de embarazo, exámenes y asesoramiento pre conceptual y derivación para cuidados no proporcionados en esta clínica.
- Se me brindará información sobre la(s) prueba(s), procedimiento(s), tratamiento(s) y método(s) anticonceptivo(s) antes de que se me proporcione cualquiera de estos servicios. Esta información incluirá los beneficios, riesgos, posibles problemas o complicaciones y otras opciones. Haré preguntas sobre todo lo que no entienda.
- La telesalud implica el uso de comunicaciones electrónicas para permitir a los proveedores ofrecer servicios de salud de forma remota como una extensión de los encuentros con los clientes con el propósito de mantener el continuo cuidado. Entiendo que las visitas ocasionales de telesalud (por teléfono u otra tecnología aprobada por ACHD) son una forma alternativa para recibir servicios del programa. Entiendo que la privacidad y/o seguridad completa no está garantizada en las visitas de telesalud.
- Es mi decisión si quiero o no recibir servicios, y puedo cambiar de opinión respecto a recibir servicios en esta clínica en cualquier momento.
- No recibo garantía alguna en relación con los resultados de cualquier servicio que reciba.
- Acepto someterme a un examen físico, incluido un examen de mamas, un examen pélvico o genital, si se recomienda uno.
- Mi proveedor de atención médica podrá recomendar pruebas de laboratorio, incluida una prueba Papanicolaou, si es necesario.
- Podré ser derivada a otro proveedor de atención médica para la realización de más pruebas o tratamientos de ser necesario.

Pago

- Existen determinados riesgos y peligros relacionados con todas las formas de tratamiento y atención médicos que pueden derivar en costos adicionales para mí (la cliente).
- Ningún seguro médico o programa de ayuda otorga garantía de pago de los costos no cubiertos por el programa de planificación familiar, de los que soy responsable.
- Es posible que se me facturen los servicios no cubiertos por el Título X, como, entre otros, colposcopías o tratamiento de complicaciones resultantes de procedimientos cubiertos por el Título X o efectos secundarios de medicamentos.
- Algunas pruebas de laboratorio podrán no estar cubiertas por el programa de planificación familiar. Mi médico lo hablará conmigo.
- Si debo ser derivada a otro proveedor de atención médica, asumiré la responsabilidad de obtener esa atención y pagar por ella.

Privacidad

- Toda mi información se mantendrá en la más estricta confidencialidad y no se divulgará a nadie sin mi autorización, excepto que sea requerido por la ley. Esto podría incluir:
 - Resultados positivos de análisis de algunas enfermedades de transmisión sexual
 - Abuso sexual o maltrato físico de menores de edad
 - Signos físicos de violencia doméstica o violencia íntima por parte de la pareja
- Entiendo que esta clínica de atención médica utiliza una base de datos que abarca todo el estado y que hace que mi información médica esté disponible para el departamento de salud del estado de Colorado a efectos de la comunicación de información del programa.

He leído la información anterior. Me la han explicado y la entiendo. Una persona de la clínica respondió mis preguntas.

Firma de la cliente

Fecha

La cliente recibió la información anterior y pienso que lo entienden.

Firma del personal

Fecha