

Wilmington
625 N. Shipley Street
Wilmington, DE 19801
(302) 655-7293

Dover
805 S. Governors Avenue
Dover, DE 19904
(302)678-5200

Newark
140 E. Delaware Ave.
Newark, DE 19711
(302)731-7801

**SOLICITUD DE SERVICIOS MÉDICOS Y RECONOCIMIENTO DEL RECIBO DE LA NOTICIA
SOBRE LAS PRÁCTICAS PRIVADAS SOBRE INFORMACIÓN DE SALUD**

PUT LABEL HERE

PATIENT # _____

NAME OF PATIENT _____

DATE OF BIRTH _____

Antes de dar tu consentimiento, asegúrate de que entiendes la información que te damos a continuación. Si tienes alguna pregunta, con gusto la analizaremos contigo. Puedes recibir una copia de este formulario.

Entiendo que debo informar al personal si necesito servicios de intérprete para entender la información escrita o hablada que se me dé durante mis visitas de atención de la salud. Entiendo que los servicios gratuitos de intérprete pueden no estar inmediatamente disponibles y es posible que Planned Parenthood me refiera a otras instalaciones de atención de la salud para que me proporcionen los servicios necesarios para mi cuidado.

Entiendo que la información que brindaré es verdadera, precisa y completa y que las decisiones sobre el cuidado de mi salud dependerán de esa información.

Recibiré 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 entienda. Entiendo que un especialista clínico está disponible para responder a las preguntas que yo 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. Entiendo que en cualquier momento puedo cambiar de opinión acerca de si recibir o no los servicios de Planned Parenthood.

Entiendo que si los resultados de las pruebas para ciertas infecciones de transmisión sexual son positivos, la ley exige que se informen los resultados positivos a las agencias de salud pública.

Se me darán referencias para diagnósticos o tratamientos adicionales, según sea necesario. Entiendo que si se necesita hacer una referencia, asumiré la responsabilidad de obtener y pagar este servicio de atención. Se me informará cómo obtener atención en caso de una emergencia.

Entiendo que se mantendrá la confidencialidad según se describe en *Planned Parenthood of Delaware Aviso de Prácticas de Privacidad sobre la Información de la Salud* (Notice of Health Information Privacy Practices). Doy mi consentimiento para el uso y la revelación de mi

información de salud de acuerdo a lo descrito 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).

Sírvase notar que Planned Parenthood of Delaware es una institución de enseñanza, y que personas que se están capacitando, podrán participar bajo una supervisión estricta, en algunos aspectos de su atención

Reconozco por la presente que recibí de Planned Parenthood of Delaware la noticia sobre las prácticas privadas sobre información de salud.

Firma del paciente _____

Fecha _____

Soy testigo del hecho de que el paciente recibió la información mencionada previamente y que dicho paciente leyó y entendió la misma y tuvo la oportunidad de hacer preguntas.

Firma del testigo _____

Fecha _____



CHECK HERE IF PATIENT'S GUARDIAN OR RELATIVE IS LEGALLY
REQUIRED TO SIGN BELOW
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 paciente (o persona que actúa en su nombre) recibió la información arriba mencionada y que el paciente leyó y entendió la misma.

Firma del testigo _____

Fecha _____