

## Consentimiento para el Programa de planificación familiar

Nombre: \_\_\_\_\_ Número de identificación del cliente \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_

Clínica/Organización \_\_\_\_\_

Yo, \_\_\_\_\_, por medio de la presente doy mi consentimiento para que el personal médico de la clínica/organización mencionada anteriormente me examine, trate y asesore.

- Entiendo que los servicios de planificación familiar cubiertos incluyen las citas de rutina: al iniciar, durante o al discontinuar un método anticonceptivo. Otros servicios adicionales de planificación familiar que pueden incluirse, sin quedar limitados exclusivamente, serían el brindar el método anticonceptivo elegido, las pruebas de embarazo y la asesoría respectiva.
- Entiendo que hay ciertos riesgos relacionados con todas las formas de cuidado y tratamiento médico que pudieran resultar en gastos adicionales (para el cliente).
- Comprendo que no hay garantía de que el seguro médico ni el programa de ayuda que tengo, paguen algunos de los costos no cubiertos por el programa de planificación familiar, y de los que yo me hago responsable.
- Entiendo que podrían cobrarme por los servicios no contemplados en Title X incluyendo, pero sin limitarse a: la colposcopia, la prueba del VIH, la detección sistemática de clamidia al no existir factores de riesgo, las complicaciones que resulten de intervenciones cubiertas por Title X, los efectos secundarios de los medicamentos, etc.
- Estoy de acuerdo en tener un examen físico si se recomienda.
- Entiendo que el proveedor médico puede recomendar ciertos exámenes de laboratorio, si se necesitan, cuyo costo podría quedar cubierto por el programa de planificación familiar. El médico tratante me lo informará.
- Entiendo que la información personal se mantendrá estrictamente confidencial y que no se dará a nadie sin mi permiso, excepto si se requiere por ley. Esto puede incluir:
  - los resultados positivos de algunas enfermedades venéreas (transmisión sexual),
  - los casos de maltrato y abuso sexual de menores de edad,
  - las señales de maltrato físico como resultado de la violencia doméstica.
- Comprendo que la clínica/organización utiliza un banco de datos a nivel estatal que puede hacer que la información contenida en mi registro quede disponible para otros departamentos de salud.

Sólo para las clientes de sexo femenino:

- Estoy de acuerdo en tener un examen pélvico, incluyendo la prueba de Papanicolau, si se recomienda. Entiendo que podría no indicarse realizar el Papanicolau todos los años.
- Comprendo que la prueba para detectar el cáncer cervical (Papanicolau) es solamente un examen y que podría dar resultados negativos falsos (el cáncer está presente pero la prueba no lo detecta), al igual que resultados positivos falsos (el cáncer no está pero el examen dice que sí).
- Entiendo que el exudado del Papanicolau podría no contener la información suficiente para hacer un diagnóstico y se necesitara repetir nuevamente.

He leído la información anterior, me la han explicado y creo que la entiendo. Mis preguntas han sido contestadas por una persona de la clínica/organización.

\_\_\_\_\_  
Firma del cliente

\_\_\_\_\_  
Fecha

El cliente recibió la información anterior y creo que la entiende.

\_\_\_\_\_  
Firma del testigo

\_\_\_\_\_  
Fecha