

Consentimiento para el Programa de Planificación Familiar

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

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

Servicios:

- Los servicios de planificación familiar incluyen lo siguiente: revisión de mi historia clínica, 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 preconceptivo 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 problema o complicaciones y otras opciones. Haré preguntas sobre todo lo que no entienda.
- 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, pélvico y genital, si así se recomendará.
- Mi proveedor de atención médica podrá recomendar pruebas de laboratorio, incluida una prueba Pap, si fuera 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 médicas que pueden derivar en costos adicionales para mí (la cliente).
- Ninguna aseguradora 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, salvo que sea obligatorio por ley. Las divulgaciones, usos y excepciones a la privacidad de su PHI por parte de AXIS se encuentran en el Aviso de prácticas de privacidad y en el Manual del paciente. 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

Formulario de información financiera sobre

Elija la opción **confidencialidad financiera** para sus servicios de planificación familiar del Título X:

NO FACTURAR A MI SEGURO MÉDICO = CONFIDENCIAL:

Esto significa que AXIS no facturará a su seguro o su seguro para padres/tutores a menos que usted tenga su propio seguro de Medicaid para asegurar la confidencialidad. De igual forma, AXIS no discutirá ninguna información sobre los servicios de planificación familiar con su padre/tutor, cónyuge u otras personas (según corresponda).

Si eligió mantener sus servicios de planificación familiar como **CONFIDENCIALES**, debe asumir la responsabilidad financiera del pago de su factura con base en sus ingresos declarados. Su solicitud de la escala de tarifas del Título X forma parte de la solicitud del programa Título X.

FACTURAR A MI SEGURO MÉDICO = NO CONFIDENCIAL:

Esto significa que AXIS facturará a su seguro o su seguro para padres/tutores. De igual forma, AXIS puede discutir cualquier información sobre los servicios de planificación familiar con su padre/tutor, cónyuge u otras personas (según corresponda y esté permitido).

Si eligió mantener sus servicios de planificación familiar como **NO CONFIDENCIALES**, usted, su padre, tutor o cónyuge recibirán una factura por los servicios recibidos hoy.

¿Qué seguro médico cubre tus servicios de salud física y mental? Elige todas las opciones que apliquen:

<input type="checkbox"/>	Seguro/Pago por cuenta propia	<input type="checkbox"/>	Sin Medicaid/CHP+	<input type="checkbox"/>	Desconocido	<input type="checkbox"/>	Seguro Médico Privado: _____
--------------------------	-------------------------------	--------------------------	-------------------	--------------------------	-------------	--------------------------	------------------------------

Tiene derecho a revocar o actualizar esta decisión en cualquier momento mediante una solicitud por escrito a AXIS. Si este formulario está incompleto, AXIS se inclinará por su decisión de confidencialidad previamente documentada. Si no existe ningún documento válido, AXIS tomará por defecto el carácter **CONFIDENCIAL (NO FACTURAR AL SEGURO)**.

En situaciones de emergencia médica, si es menor de 18 años, se notificará a los padres o tutores.

La información que he proporcionado es verdadera y correcta y, al firmar a continuación, confirmo que he leído o tengo acceso a los documentos mencionados.

Firma _____ Fecha _____