



**INFORMACIÓN DEL CLIENTE Y FORMULARIO
DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

HISTORIA N.º: _____

NOMBRE: _____ Fecha de nacimiento: _____

DOMICILIO/CALLE: _____ NÚMERO DE APARTAMENTO: _____

CIUDAD: _____ ESTADO _____ CÓDIGO POSTAL: _____

N.º DE TEL. PARTICULAR: _____ N.º DE TEL. CELULAR _____ N.º DE TEL. DEL TRABAJO: _____

EMPLEADOR: _____ N.º DE SEGURO SOCIAL: _____

NOMBRE DE LA ESCUELA SI ES ESTUDIANTE: _____

MARQUE UNO CON UN CÍRCULO: SOLTERO CASADO VIVE EN PAREJA SEPARADO DIVORCIADO VIUDO

MARQUE UNO O MÁS CON UN CÍRCULO: BLANCO AMERINDIO NEGRO ASIÁTICO DE LAS ISLAS DEL PACÍFICO

¿ES USTED HISPÁNICO? SÍ NO

¿SI SE TRATA DE SU PRIMERA VISITA, CÓMO SUPO DE NOSOTROS? (MARQUE UNO CON UN CÍRCULO) OTRA CLÍNICA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR
HOSPITAL MÉDICO PRIVADO ESCUELA OTRA PACIENTE FAMILIAR/AMIGO BRIGHT START/CUIDADO DEL BEBE DSS/MEDICAID WIC RADIO INTERNET
AMARILLA PAGINA PERIODICO SELF AGENCIA SOCIAL/IGLESIA

MARQUE TODAS LAS MANERAS POR LAS CUALES PODEMOS CONTACTARLE

LLAMAR A CASA ___ LLAMAR AL CELULAR ___ LLAMAR AL TRABAJO ___ TEXTO ___ TRANSPORTISTA _____

Dirección de correo electrónico _____ Dirección _____ CORREO (DOM. DE RETORNO) ___ CORREO (SOBRE COMÚN) ___

DEJARLE UN MENSAJE A _____ N.º DE TELÉFONO: _____ RELACIÓN: _____

DEJAR UN MENSAJE EN EL CONTESTADOR SÍ ___ NO ___

INDIQUE A QUIÉN DEBE CONTACTARSE EN CASO DE EMERGENCIA (DEBE SER EL PADRE, MADRE O TUTOR SI TIENE MENOS DE 18 AÑOS)

NOMBRE: _____ RELACIÓN: _____

TELÉFONO PARTICULAR: _____ TELÉFONO DEL TRABAJO: _____

HASTA 17 AÑOS DE EDAD INCLUSIVE: ¿HAS HABLADO CON TU PADRE/MADRE, TUTOR U OTRO ADULTO SOBRE TENER O NO RELACIONES SEXUALES? SÍ ___ NO ___

¿TU PADRE/MADRE O TUTOR SABEN QUE CONCURRES A PLANIFICACIÓN FAMILIAR? SÍ ___ NO ___

INFORMACIÓN DEL SEGURO Y/O NÚMERO DE MEDICAID:

¿TIENE SEGURO DE SALUD? SI ___ NO ___

DEBIDO A LA CONFIDENCIALIDAD, LE RUEGO QUE SEGURO NO UTILIZARSE. _____

NÚMERO DE SEGURO/MEDICAID: _____ MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA: _____

TITULAR DE LA PÓLIZA: _____ RELACIÓN CON EL PACIENTE: _____

DOMICILIO: _____

CALLE O CASILLA DE CORREO CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL

FECHA DE NACIMIENTO: _____ EMPLEADOR DEL TITULAR DE LA PÓLIZA: _____

NOMBRE DE LA COMPAÑÍA: _____ N.º DE PÓLIZA: _____ N.º DE GRUPO: _____

DOMICILIO: _____

CALLE O CASILLA DE CORREO CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA SERVICIOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

Por el presente presto mi consentimiento para recibir servicios médicos y otros relacionados por parte del personal del programa de planificación familiar South Dakota Family Planning. Tengo entendido que estos servicios pueden incluir: educación sobre la salud; revisión del historial médico; examen médico; análisis de diagnóstico de cáncer cervical y enfermedades de transmisión sexual, con inclusión del VIH/SIDA, y derivaciones para tratamientos no provistos por el programa.

Entiendo que tengo derecho a recibir servicios gratuitos de interpretación de idiomas. Comprendo que debo informar al personal si estos servicios serán de utilidad para comprender toda la información escrita o verbal que se me entregue durante las visitas de atención de la salud.

Entiendo que suministraré información acerca de los análisis, procedimientos, tratamientos y métodos anticonceptivos antes de que se preste cualquiera de dichos servicios. Tengo entendido que esta información incluirá los beneficios, riesgos, posibles problemas o complicaciones y opciones alternativas. Entiendo que debo hacer preguntas sobre todo aquello que no comprenda.

Sé que recibir o no cualquiera de estos servicios es una elección mía. Soy consciente de que puedo cambiar de opinión en cualquier momento sobre recibir los servicios por medio de South Dakota Family Planning. No se me ha brindado ninguna garantía en cuanto a los resultados que pueden obtenerse de cualquiera de los servicios que reciba.

También entiendo que mis servicios y registros médicos recibirán un trato confidencial. Mis registros médicos pueden suministrarse a terceros sólo si mediara mi consentimiento escrito o según lo disponga la ley, como por ejemplo, en caso de que hubiera que denunciar maltrato infantil y ciertas enfermedades. Si me hacen análisis para detectar cualquier enfermedad venérea y los resultados son positivos, la ley exige que se reporten dichos resultados a las agencias de salud pública. Tengo entendido que mis registros médicos de Family Planning [planificación familiar] pueden ser compartidos con otras clínicas de South Dakota Family Planning para recibir atención en otras clínicas de Family Planning que yo elija.

Si mi visita está cubierta por mi seguro o por cualquier otra clase de cobertura de terceros, autorizo a SDFP a divulgar la información médica que sea necesaria para determinar los beneficios exigibles en virtud de este reclamo. Autorizo el pago de los beneficios médicos al médico o proveedor de los servicios prestados. Entiendo que asumo la responsabilidad financiera de esta factura, de acuerdo con mi categoría de pago, independientemente de la cobertura del seguro. Esta divulgación de la información que consta en los registros médicos es válida por un lapso de un año desde la fecha en que firme este documento.

Por el presente certifico que he leído y que entiendo el consentimiento anterior.

Firma del cliente _____ Fecha _____

Firma del testigo _____ Fecha _____

PARA USO EXCLUSIVO DE LA OFICINA

N.º de integrantes en el grupo familiar: _____ Ingreso mensual: _____

Categoría de pago: _____ Fecha de vencimiento: _____

Comprobante de ingresos: recibos de sueldo _____ Declaración de impuesto a las ganancias _____ Otros _____

Firma del miembro del personal: _____ Fecha: _____

PARA USO EXCLUSIVO DE LA OFICINA

N.º de integrantes en el grupo familiar: _____ Ingreso mensual: _____

Categoría de pago: _____ Fecha de vencimiento: _____

Comprobante de ingresos: recibos de sueldo _____ Declaración de impuesto a las ganancias _____ Otros _____

Firma del miembro del personal: _____ Fecha: _____