DEPARTAMENTO DE SALUD DE NORTH DAKOTA
Programa de Planificación Familiar

PETICION PARA RECIVIR SERVICIOS DE DETECCION DE PLANIFICACION FAMILIAR

Nombre_____No de Expediente: _____

Los servicios de detección por parte del programa de planificación familiar, pueden incluir:

* Las pruebas rutinarias de laboratorio indicadas
* Papanicolaou
* Prueba de ITS (Infecciones de transmisión sexual)
* Información escrita de educación relevante y material apropiado
* Examen físico y tratamiento apropiado
* Prueba de embarazo

Todas las pruebas además de otros registros o comunicaciones se mantendrán confidenciales y será compartida con otros únicamente al recibir su consentimiento por escrito, excepto cuando sea requerido por ley o por contrato con terceros.

Entiendo que información individual identificable sobre mi salud puede ser utiliza o divulga por propósito de tratamiento, para obtener el pago por los servicios prestados y como sea necesario para el funcionamiento de esta clínica. Estos usos y revelaciones se explican más plenamente en el Aviso de Privacidad que se me ha proporcionado, el cual he tenido la oportunidad de revisar.

Entiendo que las prácticas privadas descritas en el Aviso de Privacidad pueden cambiar con el tiempo, y que tengo derecho a obtener cualquier aviso de privacidad revisado si lo solicito.

Entiendo que tengo derecho a solicitar a restringir la manera en que mi información de salud se utiliza o divulga.

Autorizo el uso o divulgación de mi información individual identificable de salud para el programa de planificación familiar del departamento de salud de North Dakota. La información específica a revelar incluye un listado médico, laboratorio, consejería, servicios anticonceptivos y de referencia recibidos en cada visita clínica. Esta información se utilizará con fines de monitoreo y supervisión del programa y para informes federales en conformidad con los reglamentos del programa.

Entiendo la información en este documento y al aceptar los servicios de detección asumió toda responsabilidad y el programa de planificación familiar y su personal quedan libres de toda responsabilidad por los resultados adversos que puedan ocurrir.

_____ _____
Firma del Cliente Fecha

_____ _____
Empleado de Planificación Familiar Testigo Fecha