

The Door – A Center of Alternatives, Inc.
Centro de Salud para Adolescentes

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO GENERAL

Doy mi consentimiento para la disposición de los servicios médicos, dentales servicios de enlace y navegación y de salud mental que me ha dado el Centro de Salud para Adolescentes, entre los que se incluyen exámenes físicos, vacunas, evaluaciones y pruebas integrales, proyecciones, diagnósticos o tratamientos.

Entiendo que estoy recibiendo servicios de forma voluntaria, y de hecho los servicios de planificación familiar no son necesarios para recibir otros servicios que ofrece el Centro de Salud para Adolescentes.

Entiendo que toda la información será confidencial, salvo en los casos que lo requiera la ley, o que firme un consentimiento que le permita al Centro de Salud divulgar mis registros. Se discutió e insistió en la participación de mi familia en la decisión de buscar servicios de planificación familiar.

Entiendo que el Centro de Salud para Adolescentes respetará los métodos de comunicación que elegí salvo en aquellos casos en que sea necesario ponerse en contacto conmigo con urgencia debido a un problema médico grave.

Confirmando haber recibido una copia de documento "***Declaración de derechos y responsabilidades del paciente***" del Centro de Salud para Adolescentes.

Si soy mayor de 18 años, me han ofrecido información sobre directivas anticipadas e informado que puedo solicitar una copia de la "***Poder para la atención de salud del estado de Nueva York***" (New York State Health Care Proxy).

He leído y comprendido la información que antecede y me han brindado la oportunidad de hacer preguntas. Este consentimiento permanecerá en vigencia a menos que y hasta que lo cancele por escrito.

Firma del paciente: _____

Fecha: _____

Firma/cargo del personal: _____

Fecha: _____