

SOLICITUD DE SERVICIOS MÉDICOS Y RECONOCIMIENTO DE RECIBO DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DE LA INFORMACIÓN DE SALUD

Antes de dar su consentimiento, asegúrese de comprender la información que se brinda a continuación. Si tiene alguna pregunta, con gusto la discutiremos con usted. Puede solicitar una copia de este formulario.

- **Comunicación:** Entiendo que debo informar al personal si los servicios de un intérprete de idiomas son necesarios para mi comprensión de la información escrita u oral proporcionada durante mis visitas de atención médica. Entiendo que es posible que los servicios de interpretación gratuitos no estén disponibles de inmediato y que **Hardeep Rai MD PA dba Carrollton Medical Clinic** puede necesitar referirme a otro centro de atención médica para brindar los servicios necesarios para mi atención.
- **Consentimiento Informado:** He recibido información sobre las pruebas, tratamientos, procedimientos y métodos anticonceptivos que se proporcionarán, incluidos los beneficios, riesgos, posibles problemas/complicaciones y opciones alternativas. Entiendo que debo hacer preguntas sobre cualquier cosa que no entienda. Entiendo que un médico está disponible para responder cualquier pregunta que pueda tener.
- **Sin Garantías:** No se me ha dado ninguna garantía en cuanto a los resultados que se pueden obtener de los servicios que recibo. Sé que es mi elección si deseo o no recibir los servicios. Sé que en cualquier momento puedo cambiar de opinión sobre recibir servicios médicos en **Hardeep Rai MD PA dba Carrollton Medical Clinic**.
- **Notificación de ITS:** Entiendo que si las pruebas para ciertas infecciones de transmisión sexual resultan positivas, la ley exige que se informen los resultados positivos a las agencias de salud pública.
- **Referencias y Pago:** Se me darán referencias para un diagnóstico o tratamiento posterior si es necesario. Entiendo que si se necesita una referencia, asumiré la responsabilidad de obtener y pagar esta atención. Se me ha indicado cómo obtener atención en caso de una emergencia.
- **Privacidad:** Entiendo que la confidencialidad se mantendrá como se describe en el *Aviso de Prácticas de Privacidad de la Información de Salud* de **Hardeep Rai MD PA dba Carrollton Medical Clinic**. Entiendo que la confidencialidad puede romperse si no se me puede contactar cuando se sospecha o detecta una condición que pone en peligro la vida. Doy mi consentimiento para el uso y la divulgación de mi

información de salud como se describe en el *Aviso de Prácticas de Privacidad de la Información de Salud*.

Por la presente solicito que una persona autorizada por **Hardeep Rai MD PA dba Carrollton Medical Clinic** proporcione la evaluación, las pruebas y el tratamiento adecuados (incluido un medicamento o dispositivo anticonceptivo, si lo solicito).

Por la presente reconozco el recibo del aviso de prácticas de privacidad de la información de salud de Hardeep Rai MD PA dba Carrollton Medical Clinic.

Nombre del Paciente (Letra de Molde):

Firma del paciente: _____ **Fecha:** _____

Doy fe de que el paciente recibió la información antes mencionada y dijo que la leyó y comprendió, y que tuvo la oportunidad de hacer preguntas.

Firma del testigo: _____ **Fecha:** _____

[] MARQUE AQUÍ SI SE REQUIERE LEGALMENTE LA FIRMA DEL TUTOR O FAMILIAR DEL PACIENTE

Firma de cualquier otra persona que consienta: _____

Fecha: _____

Parentesco con el paciente: _____

Doy fe de que el tutor legal del paciente (o la persona que consiente en su nombre) recibió la información antes mencionada y dijo que la leyó y comprendió.

Firma del testigo: _____ **Fecha:** _____