



**Informed General Consent for Family Planning Services**

Please complete forms in blue or black ink **only**

By signing this consent, I voluntarily give my consent to the medical staff of the Southern Nevada Health District Family Planning Clinic to perform the following: necessary examinations, tests, procedures and or treatments related to providing a birth control method or treatment of a sexually transmitted infection or vaginal infection.

I understand the Southern Nevada Health District Family Planning Clinic does not provide treatment for all women’s health issues or sexually transmitted infections and that I may be referred to another provider for further testing or treatment.

I will be given information related to the birth control method selected, its use and potential side effects. Birth control methods available at this clinic are: birth control pills, 3 month shot, IUD, condoms, diaphragm, and implant. I may choose to be counseled on natural family planning or abstinence. I hereby give my consent for SNHD to provide me with a method after I have discussed the chosen method with the health care provider.

I understand I have the right to refuse any particular tests recommended. Southern Nevada Health District will not be held responsible for not performing a recommended test due to my refusal.

I understand, I am not required to accept Family Planning Services as a prerequisite to receipt of other services offered at Southern Nevada Health District.

I know all procedures and treatments will be explained and I will have my questions answered prior to the procedure or treatment.

**Confidential Services**

I know that services I receive and my health records are confidential except for:

- 1) Court Order: If a judge issues a court order for my records, Southern Nevada Health District is required by law to submit records to the court.
- 2) Communicable Disease Reporting: Many diseases, including sexually transmitted diseases (STDs) must be reported by law. If I have positive test results, Southern Nevada Health District will report results to state public health authorities.
- 3) Child Abuse/Sexual Offense Reporting: Staff at Southern Nevada Health District is required to report physical or sexual abuse of a person under 18 to social services or law enforcement agencies. I know that I may choose not to disclose information, such as the age of my sex partner, and that services will not be denied.

I understand that there are certain hazards and risks connected with all forms of treatment and care. By signing this, I agree I have read and understand fully the above consent for treatment.

**Signature of Client** \_\_\_\_\_ **Date** \_\_\_\_\_

**Witness** \_\_\_\_\_ **Date** \_\_\_\_\_

**Translator** \_\_\_\_\_ **Date** \_\_\_\_\_



## Consentimiento informado general para Servicios de Planificación Familiar

Por favor llene las formas con pluma azul o negra **solamente**

Al firmar este consentimiento, doy voluntariamente mi consentimiento al personal médico de la Clínica de Planificación Familiar del Distrito de Salud del Sur de Nevada, para realizar procedimientos o tratamientos relacionados con métodos de planificación familiar y tratamientos de infecciones transmitidas sexualmente o infecciones vaginales.

Yo entiendo que la Clínica de Planificación Familiar del Distrito de Salud del Sur de Nevada, no proveer tratamiento para todos los problemas de salud relacionados con la mujer o infecciones transmitidas sexualmente y posiblemente sea referida a otro proveedor de salud para mas exámenes o tratamiento.

Yo recibiré información relacionada con el método anticonceptivo que se seleccione, como se usa y posibles efectos secundarios. Los métodos anticonceptivos disponibles en estas clínicas son: píldoras anticonceptivas, inyección de tres meses, DIU, condones, diafragma, y el implante. Yo quizás elegida consejería sobre planificación familiar natural o abstinencia. Por medio de la presente doy mi consentimiento al SNHD, para proveer el método, después de haberlo discutido y seleccionado con mi proveedor de salud.

Yo entiendo que tengo el derecho para rechazar cualquier examen recomendado. El Distrito de Salud del Sur de Nevada no será responsable si elijo no realizarme el examen recomendado.

Yo entiendo, que yo no tengo qué aceptar los Servicios de Planificación Familiar, como requisito previo para recibir otros servicios en el Distrito del Salud.

Yo se que todos los procedimientos y tratamientos se me explicaran y tendré todas las respuestas a mis preguntas antes del procedimiento o tratamiento.

### Servicios Confidenciales

Sé que los servicios que recibí y los registros deseados son confidenciales, excepto por lo siguiente:

- 1) Órdenes judiciales: Si un juez emite una orden judicial para entregar mis registros, el Distrito de Salud del Sur de Nevada tiene la obligación por ley de entregar los registros al tribunal.
- 2) Informe de enfermedades transmisibles: Muchas enfermedades, como las enfermedades de transmisión sexual (ETS) se deben informar por ley. Si los resultados de los exámenes resultan positivos, el Distrito de Salud del Sur de Nevada informará a acerca de dichos resultados a las autoridades de salud pública del estado.
- 3) Informe de maltrato infantil y delitos sexuales: Se exige que el personal del Distrito de Salud del Sur de Nevada informe del maltrato físico o del abuso sexual cometido contra una persona menor de 18 años a los Servicios Sociales o a los organismos encargados de hacer cumplir la ley. Sé que puede puedo elegir no divulgar información, como la edad de mi pareja sexual y que no se me negará ningún servicio.

Comprendo que existen ciertos peligros y riesgos relacionados con todas las formas de tratamiento y atención. Al firmar este documento, acepto que leí y comprendo cabalmente el consentimiento anterior para tratamiento.

**Cliente Firma** \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**Testigo Firma** \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**Translator** \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_