



Consent for Services

I hereby request and authorize the clinic to provide health care services available and deemed necessary by the clinic staff. These services may include but are not limited to evaluation of my medical and family history, physical examination, laboratory tests (including screening for HIV), X-rays or photographs, medications or prescriptions, injections or immunizations, minor surgical procedures, and counseling services.

I understand that no test is perfect and all tests may fail to detect a problem (false negative) or suggest a problem when none exists (false positive).

Since some medical conditions may affect my care, it is my responsibility to give as complete and accurate a medical history as possible. If new problems that may be related to my condition or care arise, I understand I should inform the clinic of this. I understand that it is my responsibility to seek care elsewhere for any other medical problems beyond what is provided by the clinic.

I understand that I have a right to refuse any procedures, services, or lab tests that are recommended, and refusal will not jeopardize my receiving appropriate care for other unrelated problems or concerns.

I know that all services provided by the clinic are confidential. However, I understand that the results of some tests for sexually transmitted infections and other diseases must be reported to the State Health Department in a confidential manner, as required by law. I also understand that if I am under age 18 and have been a victim of abuse, the law requires it be reported to the proper authorities.

Authorization to Release Medical Information by Telephone

I authorize **Central District Health Department** to provide results of my laboratory test(s), including STD and HIV, after I present the following security information to verify my identity and the right to obtain this information.

Password

Date of Birth

Mother's Maiden Name

--	--	--

This information will be asked each time I call for results.



Autorización para servicios

Por este medio pido y autorizo a la clínica para que provea los servicios de cuidado de salud disponibles y que se consideren necesarios por el personal de la clínica. Estos servicios pueden incluir pero no están limitados a una evaluación de mi historial médico y de mi familia, examen físico, pruebas de laboratorio incluyendo VIH, rayos X ó fotografías, medicinas ó recetas, inyecciones ó vacunas, procedimientos quirúrgicos menores, y consejería.

Entiendo que no hay pruebas perfectas y que todas las pruebas pueden fallar a detectar un problema (falso negativo) o sugerir un problema que no existe (falso positivo.)

Como algunas condiciones médicas pueden afectar mi cuidado, es mi responsabilidad dar un historial médico tan completo y tan exacto como sea posible. Si surgen algunos problemas que talvez estén relacionados con mi condición, yo entiendo que debo informárselo a la clínica. Entiendo que es mi responsabilidad buscar cuidado médico en cualquier otra parte para cualquier otro problema médico mas allá de lo que se provee en esta clínica.

Entiendo que tengo un derecho de negarme a cualquier procedimiento, servicio, o prueba de laboratorio que son recomendadas y si niego, no arriesgaré mi a recibir el cuidado apropiado para otros problemas o preocupaciones no relacionados.

Sé que todos los servicios proveídos por la clínica son confidenciales. Sin embargo, entiendo que los resultados de algunas pruebas para detectar enfermedades venéreas y otras enfermedades tienen que reportarse al Departamento de Salud en una manera confidencial, como lo requiere la ley. También entiendo que si soy menor de 18 años de edad, y he sido víctima de abuso, es requerido por ley, que esto sea reportado a las autoridades pertinentes.

Autorización para dar Información Médica Por Teléfono

Yo autorizo al Departamento de Salud del Distrito Central, proveer mis resultados de laboratorio, incluyendo resultados de enfermedades venéreas (STD) y HIV, después de que yo presente la siguiente información de seguridad tendré el derecho de obtener esta información

Contraseña (Código)

Fecha de Nacimiento

Apellido de Soltera de su Madre

--	--	--

Se me preguntará por esta información cada vez que llame preguntando por mis resultados.