

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE DE BAYLOR COLLEGE OF MEDICINE TEEN HEALTH CLINIC



Baylor College of Medicine Teen Health Clinic ("Clínica") se preocupa de la salud de los adolescentes en el área de Houston y presta servicios integrales de atención médica a adolescentes a bajo costo o sin costo alguno. Los servicios los prestan profesionales de atención médica certificados y autorizados por la junta con experiencia en prestar servicios a adolescentes. Los servicios integrales médicos, de salud mental y sociales que se ofrecen incluyen:

- Exámenes físicos
- Exámenes físicos deportivos/lesiones deportivas
- Problemas médicos agudos y crónicos frecuentes
- Pruebas de laboratorio
- Remisiones para problemas médicos, incluyendo servicios dentales, mentales, nutricionales y sociales
- Distribución de medicamentos frecuentes de venta libre y recetados
- Pruebas confidenciales de infecciones de transmisión sexual (STI) y VIH, tratamiento de STI y pruebas de embarazo
- Prevención y educación del embarazo, incluyendo los métodos de control de natalidad de venta libre y recetados
- Problemas menstruales y ginecológicos frecuentes
- Vacunas
- Salud mental y servicios sociales

**Los servicios varían según el centro y algunos servicios no están disponibles en todos los centros.*

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO Y SERVICIOS MÉDICOS PREVENTIVOS

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____

Firmando abajo, acepto que:

- Doy mi consentimiento para recibir tratamiento médico confidencial en la Clínica, que incluye los exámenes médicos, pruebas de laboratorio, procedimientos y tratamientos necesarios en la evaluación y administración de mi salud.
- Informaré al personal de la clínica sobre todas las alergias conocidas, cualquier reacción causada por medicamentos o drogas en el pasado, cualquier enfermedad crónica y cualquier medicamento que esté tomando ahora.
- Entiendo que la Clínica me avisará de cualquier resultado anormal de la prueba y que regresaré para recibir atención de seguimiento. También entiendo que la Clínica tiene la obligación legal de reportar los resultados positivos de las pruebas para ciertas enfermedades transmisibles al departamento de salud.

Leí y entendí este consentimiento y tuve la oportunidad de hacer preguntas. Este consentimiento comienza en la fecha de abajo y permanece vigente a menos que se revoque por escrito.

Firma del paciente

Fecha

CONSENTIMIENTO DEL MENOR PARA SU PROPIO TRATAMIENTO

Doy mi consentimiento para mi propio tratamiento porque (marque todo lo que se aplica):

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> estoy en servicio activo con las fuerzas armadas de los Estados Unidos de América. <input type="checkbox"/> estoy legalmente casado. <input type="checkbox"/> soy mayor de 16 años, vivo separado y lejos de mis padres/tutor administrador/tutor y administro mis propios asuntos financieros. <input type="checkbox"/> doy mi consentimiento para el diagnóstico y tratamiento de cualquier enfermedad infecciosa, contagiosa o transmisible, incluyendo las infecciones de transmisión sexual (STI) <input type="checkbox"/> estoy cubierto por Medicaid (servicios de planificación familiar). | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> soy soltera, estoy embarazada y doy mi consentimiento para el tratamiento médico relacionado con el embarazo. <input type="checkbox"/> doy mi consentimiento para el examen y tratamiento para la adicción a las drogas, dependencia de drogas o cualquier otra condición directamente relacionada con el consumo de drogas. <input type="checkbox"/> doy mi consentimiento para la orientación para la prevención del suicidio, adicción o dependencia química o abuso sexual, físico o emocional. <input type="checkbox"/> soy un menor emancipado (dar orden judicial). |
|---|--|