**DEPARTAMENTO DE SALUD DE VIRGINIA**

***Consentimiento Informado para Servicios y Procedimientos Especiales de Salud***

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / / \_\_\_\_\_

**Departamento/Centro de Salud Nombre del paciente Fecha de nacimiento Edad**

Por la presente autorizo ​​a los médicos, enfermeras profesionales, enfermeras y otros proveedores de atención médica del Departamento de Salud de Virginia a examinarme y/o tratarme a mí y/o a mi dependiente, quien este nombrado arriba, con los siguientes servicios/procedimientos. Se me ha informado sobre los riesgos y beneficios asociados con los procedimientos, y se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas.

**Anticonceptivo Fecha Procedimientos Fecha**

Inserción de Nexplanon \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Biopsia Endometrio

Remoción de Nexplanon \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Colposcopia – con o sin biopsia del cuello

Inserción del DIU (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ uterino y/o legrado endocervical

Remoción del DIU (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Otra biopsia – (*indicar en Observaciones*)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Quistes – Aspiración

Quistes – Incisión o Drenaje

Telemedicina

Observaciones: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Este consentimiento permanecerá vigente mientras reciba atención del Departamento de Salud de Virginia o hasta que lo retire.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# Firma del paciente, padre/madre/tutor legal o persona que actúa en lugar de los padres Fecha de la firma

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Relación (si la firma no es del paciente) Firma del profesional clínico que obtiene el consentimiento**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Reafirmación de información o consentimiento para recibir servicios especiales de salud adicionales***  [Esta sección es para reafirmaciones periódicas del consentimiento original y dar consentimiento para recibir servicios/procedimientos nuevos o adicionales agregados después del consentimiento inicial] Al firmar a continuación, acepto que la información que se muestra en este formulario de consentimiento es precisa a la fecha en que la firmo*.* | | | | |
|  | **Firma del paciente/tutor/otro** | **Fecha** | **Firma de la persona que obtiene el consentimiento** | **Fecha** |
| **1** |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |
| **4** |  |  |  |  |
| **5** |  |  |  |  |
| **6** |  |  |  |  |