

**PLANIFICACION FAMILIAR TITULO X  
CONSENTIMIENTO PARA SERVICIOS DE ANTICONCEPTIVOS**

**FECHA:** \_\_\_\_\_

**PACIENTE No.** \_\_\_\_\_

**NOMBRE DEL PACIENTE:** \_\_\_\_\_

**FECHA DE NACIMIENTO:** \_\_\_\_\_

**TELEFONO No.** \_\_\_\_\_

**Asegúrese de entender toda la información antes de firmar éste consentimiento.**

Usted puede pedir un interprete.

Es su elección recibir estos servicios.

Todos los servicios son confidenciales.

Menores de edad deben informarle a sus familiares cuando reciben servicios de planificación familiar.

Usted puede decir “no” si no desea tener sexo.

Usted recibirá información acerca de diferentes clases de planificación familiar

Existen beneficios y riesgos al usar planificación familiar.

Algunos métodos de planificación familiar funcionan mejor que otros.

Ningún método de planificación familiar es 100% efectivo.

La planificación familiar no previene el SIDA o Enfermedades Transmitidas Sexualmente (STDs / HIV)

Usted siempre puede hacer preguntas.

Firma del Paciente: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del Interprete: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Marque aquí si el paciente recibió información verbal y/o escrita del método que haya elegido.