

THE CLINIC

FAMILY HEALTH CARE, INC.

General Consent

I, _____ Date of Birth _____

Request care provided by FAMILY HEALTH CARE, INC., with the following understanding:

I understand that medical providers of FAMILY HEALTH CARE, INC. who will be examining me are advanced nurse practitioners.

I understand these Advanced Nurse Practitioners will discuss my care with the consulting physician if problems develop that cannot be handled through written protocols.

- Advanced Nurse practitioners are professional nurses educated to provide the full range of primary care services in the community and hospital setting. They are certified by the American Nurses Association or Nurse Specialty Organizations. They hold licenses from the states as Registered Professional Nurse Practitioners.

I authorize and direct the staff of **FAMILY HEALTH CARE, INC.** to examine me and perform those procedures necessary for prenatal and/or family planning care and/or women’s healthcare and/or general medical care.

Procedures that may be performed include, but are not limited to:

- Medical history and physical examination, including pelvic and breast examination
- Blood draws to screen for syphilis, anemia, rubella, diabetes, hepatitis, and AIDS or HIV, and other blood work determined to be necessary.
- Urinalysis, urine pregnancy tests, urine culture, and drug screens
- Gonorrhea/Chlamydia culture and Pap Smear
- Other appropriate lab work
- Neonatal screening
- Ultrasound
- Necessary immunizations, oral and intra muscular medications
- Social service assessment, intervention, and referral
- Healthcare, including prenatal education, instruction, and family planning counseling

I am aware that the practice of medicine and nursing are not an exact science. I acknowledge that no guarantees or assurances have been made to me concerning neither the results of the treatments, tests, examinations, and procedures to be performed nor the outcome of any pregnancy or healthcare.

It is a law that positive sexually transmitted disease findings must be reported to Texas Department of State Health, HIV/STD Surveillance Division.

_____ I voluntarily authorize FHC to disclose and/or release any information required for payment of provider and/or hospital charges for services rendered by FAMILY HEALTH CARE, INC.

_____ I voluntarily authorize FHC to disclose and/or release information to any hospital, medical provider and/ or medical facility that I may be referred to or present myself to for medical care.

_____ **For obstetric patients only**, I authorize FHC to release full details of my obstetric treatment to consulting physicians and/or receiving hospitals as deemed necessary.

Services are voluntary and I have not been coerced to accept/not accept a particular method of contraception including abortion or sterilization,

I have read and understand this consent and authorization form and all my questions have been answered. I voluntarily consent to receive these services.

Patient’s Signature

Date

Witness Signature

Date

Patient’s Signature

Date

Witness Signature

Date

Patient’s Signature

Date

LA CLINICA

FAMILY HEALTH CARE, INC.

Yo, _____ Fecha De Nacimiento _____

Solicito el cuidado de salud proveído por la **FAMILY HEALTH CARE, INC.** con el entendimiento de lo siguiente:

Yo, entiendo que los proveedores de FAMILY HEALTH CARE, INC. que me examinan Incluir enfermeras especialistas.

Yo entiendo que estas enfermeras especialistas pueden discutir mi cuidado de salud con el medico si se presentan problemas y no se puede resolver mediante el acuerdo de la oficina (protocolo).

Una Enfermera Especialista es una enfermera profesional y educada para proveedor una serie de servicios primarios de salud en la comunidad y hospital. Son certificadas por la Asociación Americana de Enfermeras (o) por organizaciones especialidades en enfermería. Tienen su licencia del estado como Enfermeras Profesionales Especialistas y Registradas.

Yo dirijo y autorizo a FAMILY HEALTH CARE, INC. que me examinen y lleven a cabo estos procedimientos necesarios para mi cuidado prenatal y/o planificación familiar y/o examen de salud y/o cuidado medico en general. Los procedimientos que se pueden llevar a cabo pero no son limitados a:

- Examen físico y historia médica, incluyendo el examen del pelvis y senos.
- Análisis de sangre la sífilis, anemia, rubéola, diabetes, SIDA o HIV y otros análisis necesarios.
- Orinalisis, para prueba de embarazo, cultivo de orina y prueba de drogas.
- Cultivos de Gonorrea, Chlamydia y papanicolau.
- Otras pruebas de laboratorio.
- Examen neonatal.
- Ultrasonido.
- Inmunizaciones necesarias, medicamentos oral y intramuscular.
- Intervención, evaluación y referencias de servicios sociales.
- Cuidado de salud, incluyendo educación prenatal, instrucción y planificación familiar.

Yo entiendo que la practica de medicina y enfermilla no es una ciencia exacta y estoy de acuerdo que no se me ha dado una garantía o seguridad de los tratamientos, pruebas, exámenes y procedimientos que serán eyectados, ni el resultado de mi tratamiento (o) resultados de mi embarazo.

Por ley tenemos que reportar los resultados positivos de cualquier enfermedad veneria a Texas Department of State Health, HIV/STD Surveillance Division.

_____ Yo voluntario autorizo la divulgación de información requerida para el pago para el proveedor y/o hospital de los servicios rendidos por FAMILY HEALTH CARE, INC.

_____ Yo voluntario autorizo la divulgación de información a cualquier hospital (o) centro medico en cual yo me presente para cuidado medico.

_____ **Para pacientes obstétricos solamente**, yo autorizo que FHC divulgue los detalles de mi cuidado prenatal y tratamientos al medico de consulta y/o hospital, como sea necesario.

Los servicios son voluntarios y no he sido forzada a aceptar o no aceptar un método particular de anticonceptivo, incluyendo aborto o operación para no tener más hijos.

Yo he leído y entendí esta forma de consentimiento y autorización y todas mis preguntas fueron contestadas. Yo voluntariamente doy mi consentimiento para recibir estos servicios.

Firma de Paciente

Fecha

Firma de Testigo

Fecha

Firma de Paciente

Fecha

Firma de Testigo

Fecha

Firma de Paciente

Fecha