

ATENCIÓN AL ABORTO INFORMADA POR TRAUMA:

Formulario de consentimiento confidencial para la divulgación de información y referencia

Se debe describir este formulario a la usuaria (o a su tutor/a con la aprobación de la usuaria) en su idioma principal. Las secciones A-C contienen los antecedentes probablemente proporcionados durante la consulta. Las secciones D-F deben leerse, explicarse a fondo y discutirse con la usuaria para asegurarse bien de que ella acepta continuar y que usted puede garantizarle confidencialidad y seguridad. Se debe explicar claramente a la usuaria que ella puede elegir cualquiera o ninguna de las opciones mencionadas y que puede cambiar de parecer en cualquier momento durante el proceso.

Rutina Urgente Fecha de referencia (DD/MM/AA):.....

A. Centro/institución de referencia	
Institución/Organización:	Contacto:
Número de teléfono:	Dirección de correo electrónico:
Lugar:	

B. Datos de la usuaria	
Nombre:	Número de teléfono (si está disponible):*
Edad:	Dirección/Lugar (si está disponible):*
Género identificado:	
Idioma:	
Notas:**	

* Si la usuaria no se siente cómoda divulgando esta información, no es obligatorio realizar la referencia. Use discreción al hacer preguntas y utilice recursos de consejería para hablar con usuarias afectadas por trauma.

** Utilice este espacio para incluir cualquier otra información necesaria y/o útil para la institución receptora, como las aptitudes de la usuaria que podrían afectar su capacidad para acceder a los servicios o recibirlos (ej., deterioro cognitivo, discapacidad física, etc.)

C. Antecedentes/razón para proporcionar una referencia	
¿Se informó a la usuaria sobre la referencia? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No* (si no, explicar a continuación)	¿La usuaria fue referida a otras organizaciones? <input type="checkbox"/> Sí* (si sí, explicar a continuación) <input type="checkbox"/> No
Antecedentes, servicios proporcionados y razón para proporcionar la referencia. Asegúrese de que la usuaria se siente cómoda divulgando estos datos y con que la información se incluya por escrito.	

* Utilice este espacio si la usuaria no consintió en la referencia debido a que perdió el conocimiento y necesitaba servicios sanitarios vitales de urgencia.

D. Consentimiento para la referencia y la divulgación de información (Léale esta sección a la usuaria y conteste cualquier pregunta que ella tenga antes de que firme a continuación)
Yo, _____ (nombre de la usuaria), entiendo que el propósito de la referencia y de divulgar esta información a _____ (la institución receptora) es garantizar mi seguridad y asegurarse de que yo reciba los servicios que necesito. El/La prestador/a de servicios, _____ (centro de referencia), me explicó claramente el procedimiento de la referencia y escribió la información exacta a ser divulgada. Al firmar este formulario, autorizo esta referencia e intercambio de información. Entiendo que la información divulgada será tratada con confidencialidad y respeto y difundida solo cuando sea necesario para brindar la asistencia que yo solicite. Entiendo que la divulgación de esta información significa que una persona de la institución o del servicio indicado a continuación podría presentarse para hablar conmigo. Tengo derecho a cambiar de parecer en cualquier momento respecto a la divulgación de información con la institución designada o punto focal indicado a continuación.
Firma de la usuaria:
Fecha (DD/MM/AA):
Si así lo dispone la ley local,* firma del/de la tutor/a:
Fecha (DD/MM/AA):

* El/La prestador/a de servicios y la institución de referencia deben documentar el consentimiento al mayor grado exigido por la ley local. Si no existe ninguna política relativa al consentimiento, las normas internacionales para documentar el consentimiento deben cumplirse. [Nota: Las normas internacionales no exigen el consentimiento de una persona adulta para que la usuaria reciba servicios.]

E. Servicios solicitados*		
Servicios sanitarios generales	Centro o institución receptor/a	
	Institución/Organización:	Contacto (si se sabe):
	Número de teléfono:	Dirección de correo electrónico:
	Lugar:	
Servicios de SSR	Centro o institución receptor/a	
	Institución/Organización:	Contacto (si se sabe):
	Número de teléfono:	Dirección de correo electrónico:
	Lugar:	
Servicios relacionados con VG	Centro o institución receptor/a	
	Institución/Organización:	Contacto (si se sabe):
	Número de teléfono:	Dirección de correo electrónico:
	Lugar:	
Servicios de salud mental y apoyo psicosocial	Centro o institución receptor/a	
	Institución/Organización:	Contacto (si se sabe):
	Número de teléfono:	Dirección de correo electrónico:
	Lugar:	
Servicios de alimentación y sustento	Centro o institución receptor/a	
	Institución/Organización:	Contacto (si se sabe):
	Número de teléfono:	Dirección de correo electrónico:
	Lugar:	
Servicios de asesoría jurídica	Centro o institución receptor/a	
	Institución/Organización:	Contacto (si se sabe):
	Número de teléfono:	Dirección de correo electrónico:
	Lugar:	
Centro de acogida/ Refugio	Centro o institución receptor/a	
	Institución/Organización:	Contacto (si se sabe):
	Número de teléfono:	Dirección de correo electrónico:
	Lugar:	

Servicios de protección	Centro o institución receptor/a	
	Institución/Organización:	Contacto (si se sabe):
	Número de teléfono:	Dirección de correo electrónico:
	Lugar:	
Otro...	Centro o institución receptor/a	
	Institución/Organización:	Contacto (si se sabe):
	Número de teléfono:	Dirección de correo electrónico:
	Lugar:	
Por favor explique cualquier otro servicio solicitado:		

* Algunas referencias podrían coincidir en los servicios que proporcionan y/o quizás no estén disponibles en todos los contextos. Seleccione todas las casillas pertinentes.

F. Detalles de la referencia
<p>¿La usuaria consiente en recibir comunicaciones de seguimiento después de su consulta de referencia? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Si la respuesta es sí, ¿qué modo de comunicación prefiere la usuaria? (explicar a continuación)</p>
<p>Referencia proporcionada a la usuaria por:</p> <p><input type="checkbox"/> Teléfono (solo en caso de emergencia) <input type="checkbox"/> Correo electrónico</p> <p><input type="checkbox"/> Medio electrónico (ej., App o base de datos) <input type="checkbox"/> En persona</p>
<p>Comunicaciones de seguimiento previstas entre las instituciones de referencia por:</p> <p><input type="checkbox"/> Teléfono <input type="checkbox"/> Correo electrónico <input type="checkbox"/> En persona para la fecha (DD/MM/AA):</p>

Nombre y firma de la persona que recibió a la usuaria: _____

Fecha en que se recibió (DD/MM/AA): _____