



Patient Name: _____ DOB: _____

Informed Consent for Family Planning Services

I give permission to Oswego County Opportunities, Inc. (OCO) to examine, perform laboratory tests and to prescribe treatment and medication as indicated. I understand the examination may include a pelvic exam, breast exam, Pap smear, testing for sexually transmitted diseases, pregnancy testing, blood pressure, weight, hemoglobin and urine check.

I understand that I have a right to confidential individual health care and that all my records and information will be kept in the strictest of confidence. If I am under age 18, I also understand that OCO would like me to inform my parents about the family planning services provided to me, and would assist me in doing this. However, I understand that it is my decision whether my parents should be informed and this decision will not affect the services that I can receive.

I understand that I have the right to receive a printed copy of the Patients' Bill of Rights. I also understand that a printed copy is posted in the waiting and exam rooms of The Center. If I prefer I may access a copy at <https://www.health.ny.gov/publications/1515/>.

I understand that services are provided on a voluntary basis and my acceptance of family planning services is not a prerequisite to eligibility or receipt of any other service offered by OCO.

Should any testing for sexually transmitted diseases (such as chlamydia, gonorrhea or HIV) come back positive, I understand that a report must be filed with the New York State Health Department and a representative will contact me in a confidential manner requesting that I name my sexual contacts so that they may be treated.

Patient Signature

Date

Witness Signature

Date

Consent to Participate in NYSIIS

I give consent to Oswego County Opportunities Center for Reproductive Health to release my immunizations to New York State Immunization Information System (NYSIIS).

I understand that the purpose of NYSIIS is to assist in my medical care by recording the Immunizations I have received or will receive in the future.

This information may be released to myself, my health insurance plan, state and local health departments, schools I am registered to attend, and medical providers that deliver my medical care.

Patient Signature

Date



FULTON · SUNY OSWEGO · OSWEGO

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento (Mes/Dia/Año): _____

Consentimiento Para Servicios de Planificación Familiar

Por la presente doy permiso a Oswego County Opportunities, Inc. (OCO) para examinar, realizar pruebas de laboratorio y prescribir tratamiento y medicamentos como se indica. Entiendo que el examen puede incluir un examen pélvico, examen de mama, papanicolaou, pruebas de enfermedades de transmisión sexual, pruebas de embarazo, presión arterial, peso, hemoglobina y control de orina.

Entiendo que tengo derecho a una atención médica individual confidencial y que todos mis registros e información se mantendrán en la más estricta confianza. Si soy menor de 18 años, también entiendo que OCO quisiera que informara a mis padres sobre los servicios de planificación familiar que se me prestan, y me ayudaría a hacer esto. Sin embargo, entiendo que es mi decisión si mis padres deben ser informados y esta decisión no afectará los servicios que puedo recibir.

Entiendo que tengo derecho a recibir una copia impresa del proyecto de ley de derechos de los pacientes. También entiendo que una copia impresa se encuentra en las salas de espera y el examen del centro. Si prefiere puedo acceder a una copia en <https://www.health.ny.gov/publications/1515/>.

Entiendo que los servicios son proporcionados en forma voluntaria y mi aceptación de servicios de planificación familiar no es un requisito para la elegibilidad o la recepción de cualquier otro servicio de OCO.

Si alguna prueba de enfermedades de transmisión sexual (como clamidia, gonorrea o VIH) vuelve positiva, entiendo que se debe presentar un informe ante el Departamento de Salud del Estado de Nueva York y un representante se pondrá en contacto conmigo de manera confidencial solicitando que nombre mis contactos sexuales para que puedan ser tratados.

Firma del Paciente

Fecha

Firma del Testigo

Fecha

Consentimiento Para Participar en NYSIIS

Doy mi consentimiento al Centro de Oportunidades para la Salud Reproductiva del Condado de Oswego para entregar mis vacunas al Sistema de Información de Inmunización del Estado de Nueva York (NYSIIS).

Entiendo que el propósito de NYSIIS es ayudar en mi atención médica registrando las vacunas que he recibido o recibiré en el futuro.

Esta información puede ser divulgada a mí mismo, a mi plan de seguro médico, a los departamentos de salud estatales y locales, a las escuelas para las que estoy registrado y a los proveedores médicos que brindan mi atención médica.

Firma del Paciente

Fecha