



Aviso al paciente: Derecho a un observador

Tiene derecho a contar con un **observador** en la sala de examen durante los exámenes mamarios, pélvicos, genitales y rectales realizados por cualquier médico, asistente médico o partera.

Un observador es una persona formada para saber qué esperar y para vigilar a un proveedor durante estos exámenes. El observador puede ayudar a garantizar que no se le toque de una manera inadecuada.

Si desea que haya un observador presente, por favor solicítelo. Recuerde que puede interrumpir el examen en cualquier momento y por cualquier motivo.

Si el centro médico no puede proporcionarle un observador, o si usted no se siente cómodo con el observador que se le ofrece, puede decidir no someterse al examen el día de hoy. Este puede cancelarse o reprogramarse para otro día u horario. Si eso ocurre, su proveedor debe derivarlo a otro proveedor de atención médica, si este está disponible. También puede decidir continuar con el examen sin un observador presente o seguir adelante con otras partes de su consulta que no incluyan o requieran dicho examen. La decisión es suya.

Si tiene alguna duda o queja sobre su examen, le recomendamos que hable sobre ello con su proveedor o con el observador.

La División de Asuntos del Consumidor (Division of Consumer Affairs) de New Jersey concede licencias a médicos, asistentes médicos, parteras y otros proveedores de atención médica. Puede presentar una queja ante la División de Asuntos del Consumidor si tiene alguna duda o queja sobre su examen. Más información sobre cómo presentar una queja en: <https://www.njconsumeraffairs.gov/sexual-misconduct-complaint>.

Si tiene alguna duda o no entiende este aviso, consulte con su proveedor.

Mi proveedor es: _____

Al firmar a continuación, demuestra que ha leído y comprendido este aviso.

Nombre del paciente (en letra de imprenta): _____

Fecha de nacimiento del paciente: _____

Firma del paciente: _____

Fecha: _____

Representante legal, si no es el paciente (nombre en letra de imprenta): _____

Relación con el paciente: _____

Firma del representante legal: _____

Fecha: _____