Hartford Hospital
A Hartford HealthCare Partner

6816

Women's Health Services - Consent for Urine Drug Screening

I, _____, give Hartford Hospital permission to screen
(Name of Patient)
my urine to see if there are any drugs present. Specifically, my urine will be screened for barbiturates, opiates, cocaine, cannabin, amphetamines, benzodiazepines, tricyclic and PCP.

The reason for this screening is to see if there are any drugs that may be harmful to me or my unborn child. This information will help my doctors in giving me the best care for my health and the health of my unborn child.

I have had explained to me: (1) that I will still receive care at Hartford Hospital even if I do not give my consent to such screening; (2) that this consent will cover any urine screening for drugs done by the Hospital for the entire pregnancy, including the postpartum period; (3) that I can take back my consent at any time; and (4) that the possible risks of screening, include, but are not limited to, the chance that the Hospital may need to report positive results to the State of Connecticut Department of Children and Families.

I understand the reason and potential benefits of this test and an offer has been made to answer any of my questions.

_____	_____	_____
(Patient's or Legal Guardian's Signature)	(Date)	Time:
_____	_____	_____
(Provider's Signature)	(Date)	Time
_____	_____	_____
(Interpreter Responsible for explaining the testing)	(Date)	Time

Hartford Hospital
A Hartford HealthCare Partner

6816

Servicios de Salud para la Mujer
Consentimiento para el Examen de Orina Para Detección de Drogas

Yo, _____, doy permiso a Hartford Hospital para que

examine mi orina para ciertas drogas. Específicamente, para barbitúricos, opiáceos, cocaína, canabina, anfetaminas, benzodiazepinas, tricíclicos y PCP.

La prueba dará a conocer si existen drogas que puedan afectarme adjunto a mi hijo por nacer. Esta información asistirá a los médicos en proveernos el mejor servicio de salud.

Entiendo que: (1) continuaré recibiendo servicios médicos de Hartford Hospital aunque rehuse dar mi consentimiento para las pruebas; (2) este consentimiento cubrirá todas las pruebas de drogas, hechas por Hartford Hospital durante este embarazo, incluyendo el periodo de postparto; (3) puedo revocar mi consentimiento en cualquier momento; y (4) existe la posibilidad de ser reportada por el personal del Hospital, al Departamento de Protección de Menores del Estado de Connecticut (DCF), siempre y cuando los resultados sean positivos y pongan en riesgo nuestras vidas.

Entiendo las razones y posibles beneficios de éstas pruebas y se me ha ofrecido la oportunidad de hacer preguntas y recibir respuestas a mi satisfacción.

_____	_____	_____
(Firma del Paciente ó Tutor)	(Fecha)	(hora)
_____	_____	_____
(Firma del Proveedor y Credenciales)	(Fecha)	(hora)
_____	_____	_____
(Intèrprete responsable de explicar las pruebas)	(Fecha)	(hora)