



PATIENT I.D. DATA /
DATOS DE IDENTIDAD DEL PACIENTE:
(name, DOC #, birthdate /
nombre, Núm. DOC, fecha de nacimiento)

FAMILY VISIT COUNSELING
CONSEJOS PREVIOS A LAS VISITAS FAMILIARES

Table with 2 columns: DATE/FECHA, FACILITY/INSTITUCIÓN

We, the undersigned, have applied for Extended Family Visits that will be held within the confines of a Washington State prison. The purpose of this form is to certify that we have participated in an Extended Family Visit counseling session and received counseling about the known potential health risks posed by the patient including those checked below (check all that apply to the patient) and any health risks the visitor disclosed.

Nosotros, los abajo firmantes, hemos solicitado Visitas Familiares Extendidas que se llevarán a cabo dentro de una prisión del estado de Washington. El propósito de este formulario es certificar que hemos participado en una sesión de consejos acerca de las Visitas Familiares Extendidas y hemos recibido consejos acerca de los posibles riesgos de salud que pueda presentar el paciente, incluyendo aquellos enumerados a continuación (marque las casillas que aplican al paciente), y cualquier riesgo de salud presentado por el o la visitante.

- Checkboxes for: A positive HIV antibody test, Chronic Hepatitis B, Chronic Hepatitis C infection, Treatment for Hepatitis C, Other communicable disease(s)

If checked above, we have been counseled that the medications used in the treatment of Hepatitis C have been shown to cause birth defects. We were made aware of the risks of unprotected sexual relations during Hepatitis C treatment and for six months after the treatment has stopped.

Si está marcada la casilla en lo anterior, hemos recibido información que se ha demostrado que los medicamentos usados para el tratamiento de la Hepatitis C pueden causar defectos de nacimiento. Estamos enterados de los riesgos de relaciones sexuales no protegidas durante el tratamiento para la Hepatitis C y los seis meses posteriores después de terminar con el tratamiento.

We have received information concerning safer sex practices and proper hygiene. We understand that condoms will be available during Extended Family Visits and female condoms and dental dams are available upon request, but that we are responsible for additional forms of protection and contraception.

Hemos recibido información acerca de relaciones sexuales más seguras y el aseo personal apropiado. Entendemos que los condones estarán disponibles durante las Visitas Familiares Extendidas pero que nosotros somos responsables de formas de protección y anticoncepción adicionales.

We understand the information that was provided to us during the course of this counseling and were given the opportunity to ask questions and have those questions answered. We also understand that the transmission of communicable diseases during family visits cannot be prevented by the Department or its medical staff.

Entendemos la información que nos dieron durante la sesión de consejos y nos dieron la oportunidad de hacer preguntas y recibir respuestas. También entendemos que ni el Departamento ni el personal médico puede prevenir la transmisión de enfermedades contagiosas durante las visitas familiares.

After being counseled, it remains our desire to participate in an extended family visit. Después de recibir los consejos, todavía queremos participar en la Visita Familiar Extendida.



PATIENT I.D. DATA /
DATOS DE IDENTIDAD DEL PACIENTE:
(name, DOC #, birthdate /
nombre, Núm. DOC, fecha de nacimiento)

FAMILY VISIT COUNSELING
CONSEJOS PREVIOS A LAS VISITAS FAMILIARES

DATE/FECHA	FACILITY/INSTITUCIÓN
------------	----------------------

WAIVER OF LIABILITY

The undersigned hereby waive any and all claims against the State of Washington, the Washington State Department of Corrections, and any of their employees, officers and agents for any harm or damage from the contracting or transmitting of any communicable disease that may result from our participation in extended family visits.

EXENCIÓN DE RESPONSABILIDAD

El o los abajo firmantes renuncian cualquier reclamo contra el estado de Washington, el Departamento Correccional del estado de Washington, y cualquiera de sus empedados, oficiales o agentes de daño que contraemos o contagiamos como resultado de nuestra participación en las Visitas Familiares Extendidas.

PATIENT SIGNATURE / FIRMA DEL PACIENTE

DATE/FECHA

SPOUSE/DOMESTIC PARTNER SIGNATURE / FIRMA DEL CÓNYUGE/PAREJA DOMÉSTICA

DATE/FECHA

HEALTHCARE PROVIDER (STAMP/SIGN) / PROVEEDOR DE SERVICIOS DE SALUD (SELLO/FIRMA)

DATE/FECHA

State law and/or federal regulations prohibit disclosure of this information without the specific written consent of the person to whom it pertains, or as otherwise permitted by law.
Las leyes estatales y/o los reglamentos federales prohíben la revelación de esta información sin el consentimiento específico por escrito de quien se trata, o según la ley.