**COLORADO VOLUNTEER DOULAS**

**CONSENT FORM**

You have requested a Colorado Volunteer Doula to support you during labor and delivery. Please fill out and sign the information below for our records.

Name: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (street)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (city and zip code)

Phone number: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Email address: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

I give permission for my doula, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, to take notes about me, including personal information I choose to disclose to her or him, and information regarding the labor, birth, and time after the birth of my child or children. I also give permission for her or him to be present during any discussion with health care personnel about my labor and delivery and the health of baby and me. I understand that this information may be used for the purpose of doula certification or recertification by any certifying organization and may be shared with a certification committee. I realize that this information will be shared with any doula who is providing back-up support. I understand that this information may anonymously be used for data collection statistical purposes. I understand that a doula does nothing medical. She or he provides physical, emotional, and informational support only.

Signature of Mother: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

The Doula Program *collects some data on the births attended to by our doulas for the sake of fundraising and statistical purposes. The racial make-up of the populations we serve are important for our records. We request that you identify your race below, but you may choose to not disclose your race if you prefer.*

*Hispanic, Latino, or Spanish origin \_\_\_*

*White \_\_\_*

*Black or African American \_\_\_*

*American Indian or Alaska Native \_\_\_*

*Asian or Native Hawaiian/Other Pacific Islander \_\_\_*

*Other \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

**Consentimiento Escrito para las**

Usted ha solicitado el apoyo de una Colorado Volunteer Doula durante su trabajo de parto y el nacimiento de su bebé. Por favor, suministre la información solicitada para nuestros archivos:

Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ciudad y Código Postal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Número Telefónico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

El Correo Electrónico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Concedo el permiso a mi doula, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, para tomar notas acerca de mí, incluyendo información personal que yo decida revelarle a ella (ó él), e información con respecto al trabajo de parto, nacimiento y post parto de mi hijo (a) ó hijos (as). También concedo permiso a mi Doula para que esté presente, junto el personal de salud, en cualquier discusión acerca de mi trabajo de parto, nacimiento, salud de mi bebé y la mía propia. Entiendo que esta información puede ser utilizada para los propósitos de Certificación en forma anónima o Recertificación como Doula por cualquier Organización de Certificaciones y puede ser compartida con cualquier otra Doula que esté brindando apoyo de soporte. Entiendo que esta información puede ser utilizada, de manera anónima, para la recolección de datos con fines estadísticos. Entiendo que una Doula no realiza procedimientos médicos. Ella (ó él) sólo provee apoyo emocional, físico e informativo.

Firma de la Madre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***NAME OF PROGRAM*** *recoge algunos datos sobre los nacimientos atendidos por nuestros doulas en aras de la recaudación de fondos y con fines estadísticos . La composición racial de la población que atendemos son importantes para nuestros registros . Le solicitamos que identifique su carrera de más abajo, pero usted puede optar por no revelar su carrera si así lo prefiere.

Origen Hispano , Latino o Español \_\_\_
Blanco \_\_\_
Negro o el Afroamericano \_\_\_
Indio Americano o Nativo de Alaska \_\_\_
Asiático o Nativo de Hawai / Islas del Pacífico \_\_\_
Otro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*