



Departamento de Salud Pública
REGISTRO DEL PACIENTE

Fecha: _____
Nro. De ECW: _____

Escriba toda la información de manera CLARA y COMPLETA

I. Información del paciente		
NOMBRE DEL PACIENTE (APELLIDO -- NOMBRE -- SEGUNDO NOMBRE)		
DIRECCIÓN DE HABITACIÓN NRO. APTO. CIUDAD, ESTADO CÓDIGO POSTAL		
FECHA DE NACIMIENTO ___/___/____ Mes Día Año	NRO. TELEFÓNICO DEL HOGAR.	TELÉFONO MÓVIL
DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO: _____ ¿DESEA ACCEDER ELECTRÓNICAMENTE A LOS RESULTADOS DE SUS PRUEBAS? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		GÉNERO DE NACIMIENTO <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
¿SE HA VISTO EN ESTA CLÍNICA ANTERIORMENTE? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No ¿Utilizó un nombre/apellido diferente alguna vez? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Otro nombre: _____		
ETNICIDAD: <input type="checkbox"/> Hispano o Latino <input type="checkbox"/> No hispano o latino	RAZA: <input type="checkbox"/> Indio americano / Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Americano egro/africano <input type="checkbox"/> Hawaiano / Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco	
II. Servicios para Enfermedades de transmisión sexual (ETS)		
Esta clínica <i>solo</i> suministra <i>pruebas</i> para: Clamidia, Gonorrea, Sífilis y VIH y <i>solo hace tratamientos</i> para: Clamidia Gonorrea y Sífilis. Para el tratamiento de otras infecciones, pida una lista de clínicas de bajo costo.		
SELECCIONE UNA DE LAS OPCIONES SIGUIENTES MARCANDO UNA DE LAS CASILLAS:		
<input type="checkbox"/> OPCIÓN 1 – SOLO PRUEBA DE ETS Se le solicitarán las muestras de sangre y orina. Se le hará la prueba de Clamidia, Gonorrea, Sífilis y VIH. En esta consulta, no recibirá medicamentos ni tratamientos.		
<input type="checkbox"/> OPCIÓN 2 – CONSULTA DE ADMISIÓN POR ETS Se le harán algunas preguntas y se tomará una decisión sobre si usted requiere ver un proveedor médico o si la opción 1 es más adecuada para usted Esta es la mejor opción si: <ul style="list-style-type: none">• Tiene síntomas de alguna ETS (como una llaga o una erupción)• Tuvo sexo con alguien que resultó positivo de alguna ETS• Algún doctor o personal de Salud pública le pidió que viniera		
III. Otros servicios		
<input type="checkbox"/> OPCIÓN 3 – PRUEBA DE TUBERCULOSIS (TB)		
<input type="checkbox"/> OPCIÓN 4 – PRUEBA DE HEPATITIS C		
IV. Reconocimiento		
Por medio de la presente, consiento y autorizo la realización de todos los tratamientos y servicios médicos que los proveedores médicos o el Departamento de Salud pública del Condado de Maricopa consideren recomendables para mí o para el menor previamente mencionado de quien soy el padre o custodio legal. [] Mis iniciales confirman que entiendo que no recibiré algún reembolso si yo rechazara los servicios una vez que alguien del personal me haya examinado en la clínica [] Mis iniciales confirman que entiendo que el nombre y la fecha de nacimiento en este formulario deben coincidir exactamente con los de una tarjeta de identificación válida con fotografía antes que se emita cualquier resultado de pruebas o registros. A mi leal saber y entender, la información proporcionada aquí es verdadera y fáctica.		
FIRMA DEL PACIENTE O DEL REPRESENTANTE LEGAL	Fecha	
SI LA FIRMA ES DEL REPRESENTANTE LEGAL, INDIQUE LA RELACIÓN CON EL PACIENTE	Fecha	