



Clínica de Salud Sexual Formulario de Admisión

PLACE LABEL

La información divulgada a continuación le permite al Distrito de Salud del Sur de Nevada determinar necesidades y recursos para usted y las necesidades de salud de nuestra comunidad.

Toda la información es estrictamente confidencial.

Para los menores de edad: Ustedes pueden recibir los servicios aquí sin el permiso de los padres.

Lenguaje de preferencia: _____ Necesita un intérprete? Si No

¿Necesita un intérprete de lenguaje de señas? Si No

Contacto de Emergencia:

Relación:

Número de Teléfono:

A NOSTROS NOS IMPORTA SU PRIVACIDAD.

Nosotros ofrecemos servicios confidenciales a nuestros clientes. Esto quiere decir que nosotros no le daremos información sobre su visita a amigos, padres, tutores legales o cualquier otro familiar.

INFORMACIÓN NECESARIA PARA RESIBIR INFORMACIÓN CONFIDENCIALPOR TELÉFONO:

Nombre de Soltera de su Mamá _____ Contraseña: _____

INFORMACIÓN DE SUS INGRESOS

¿Usted está recibiendo servicios de Ryan White en estos momentos? Si No ¿Dónde? _____

Estoy desempleado/a

No tengo ingresos

Estoy sin hogar

Total, de Ingresos en su hogar	\$
Cuántas personas se sustentan de estos ingresos	

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO

Doy mi consentimiento al personal médico del Salud del Sur de Nevada para examinar, obtener los trabajos de laboratorio necesario, tratarme y aconsejarme. Entiendo que hay ciertos peligros y riesgos relacionados con todas las formas de tratamiento y cuidado, y sabiendo esto doy mi consentimiento. Entiendo que, si me tratan o me diagnostican una infección de transmisión sexual, la ley requiere que la clínica informe a ciertas agencias de salud pública. Entiendo que la ley requiere que el personal de la clínica reporte abuso físico o sexual. Por la presente certifico que he leído y entiendo completamente el consentimiento anterior para la prueba y / o el tratamiento. Después de la evaluación, si mi condición médica está más allá de la capacidad de los servicios de SNHD, seré remitido a otro lugar para recibir más atención.

Yo respondí todas las preguntas correctamente de acuerdo con mi conocimiento.

Nombre del Paciente

Firma del Paciente

Fecha

Reconozco que he recibido el "aviso de practica": Iniciales: _____