DISTRITO DE SALUD DEL SUR DE NEVADA
RESUMEN DE LA INFORMACIÓN SOCIAL

Fecha _____

Nombre _____
Apellido Nombre Inicial del segundo nombre

Dirección _____
Numero Calle N.° De depto. Ciudad Estado Código postal

Fecha de nacimiento _____ Edad _____

Números De teléfono: Celular_____Casa _____ Trabajo _____

Marque con √ <u>todas</u> las opciones que correspondan para poder comunicarnos con usted

Al domicilio___ Al teléfono celular ___ Mensaje de texto ___ Al trabajo___ Correo (En sobre corriente) ____

Correo (A La dirección del remitente) ___

Dirección de correo, si es diferente al domicilio _____

Dejar mensaje con: _____ Relación:_____
(Nombre completo)

Si usted requiere mantener la confidencialidad de los servicios y prefiere que nada sea enviado por correo a su casa marque acá ☐

SOLTERO ☐ **CASADO** ☐ **CONVIVIENDO** ☐ **DIVORCIADO** ☐ **SEPARADO** ☐ **VIUDO** ☐

Raza (Seleccione todas las que correspondan.)

☐ Asiático ☐ Negro o afroamericano ☐ Indioamericano o nativo de Alaska ☐ Blanco

☐ Nativo de Hawái u otra isla del Pacífico ☐ Desconocida ☐ Se niega a contestar

Origen étnico: ¿Es usted de origen hispano o latino ☐ **SÍ** ☐ **No** ☐ **Desconocido** ☐ **Se Niega a contestar**

Educación: ¿Nivel de educación más alto que alcanzó?_____

Idioma: ¿Cuál es su idioma materno? _____ ¿Cuál es el idioma con el que se siente más cómodo al hablar? _____ **Necesita un intérprete? SÍ** ___ **No**____

¿A Quien debemos contactar en caso de emergencia?
Si <u>Eres menor de 18 anos</u>, escribe el nombre de tu padre o tutor

Se pueden considerar como emergencias el sangrado intenso, el estado de inconsciencia, un accidente o las enfermedades que requieran transporte en ambulancias o hospitalización. Los servicios de planificación familiar **<u>NO</u>** necesitan autorización de los padres, sin embargo, en una situación de emergencia, si la persona es menor de 18 años, informaremos a uno de los padres o al tutor. Si eres menor de 18 años, ten en cuenta que, al intentar informarte de los resultados, un padre puede enterarse de la situación. De otro modo, no se entregará información acerca de su atención a persona alguna sin su conocimiento y autorización, excepto si la ley lo exige.

Contacto de Emergencia _____ Teléfono _____ Relación _____

Firma del cliente _____ **Fecha** _____

Firma del testigo _____ **Fecha** _____