



PLACE LABEL

Clínica de Salud Sexual Formulario de Admisión

La información que se presenta a continuación le permite al Distrito de Salud (SNHD) determinar sus necesidades/recursos, así como las necesidades de salud de nuestra comunidad. Toda la información es confidencial.

Para los menores: Ustedes pueden recibir servicios de la Clínica de Planificación Familiar/Clínica de Salud Sexual sin permiso de sus padres.

¿Cómo escucho acerca de nosotros?: Paciente Previo Amigo/Familiar En línea Referencia Feria de Salud
 Facebook Twitter Página Web del SNHD Otro _____

Lenguaje que prefiere hablar: _____ ¿Necesita usted un intérprete? Sí No

¿Necesita servicios para personas con problemas auditivos o un interprete de lenguaje de señas? Sí No

¿Le gustaría obtener asistencia para localizar recursos (por ejemplo, Medicaid, cuidado dental, asistencia con alimentos)?

Sí NO SI CONTESTÓ 'SÍ', por favor explique:

Contacto(s) de emergencia: _____ Teléfono: _____

Relación: Padre Tutor Cónyuge Otro

NOS IMPORTA SU PRIVACIDAD.

Ofrecemos servicios confidenciales a todos nuestros clientes. Esto significa que no damos a conocer información sobre su visita a amigos, padres, tutores o familiares sin su permiso.

INFORMACIÓN NECESARIA PARA RECIBIR INFORMACIÓN CONFIDENCIAL (resultados de pruebas, etc) POR TELÉFONO:

Apellido de soltera de la madre: _____ Contraseña: _____

DECLARO QUE HE RECIBIDO LA "NOTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD". _____ (Inicial)

Información sobre ingresos

¿Está usted actualmente inscrito en el programa de servicios Ryan White? Sí No

¿Dónde? _____

Rechazo dar a conocer cualquier información sobre ingresos y acepto el costo de los servicios sin descuento.

No tengo ingresos Estoy desempleado/a No tengo hogar

¿Cuál es su ingreso semanal antes de impuestos? Pago por hora _____ Número de horas que trabaja por semana _____	
¿Cuál es el ingreso semanal antes de impuestos de su compañero(a)/cónyuge? Pago por hora _____ Número de horas que trabaja por semana _____	
¿Cualquier otro ingreso (Propinas, SSI, etc.) a reportar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Escriba el tipo de ingreso y la cantidad:	
Si usted no tiene ingresos, por favor explique cómo paga sus necesidades básicas:	
¿Ingreso semanal total en su hogar?	
¿Número total de personas que viven en el hogar?	

Office Use Only

Sliding fee category: _____

Reviewed by: _____

Referred for Hardship:

Date: _____

Initials: _____

Ref. to EW re services:

Date: _____

Initials: _____

Consentimiento para tratamiento médico

Doy mi consentimiento al personal médico de las clínicas/programas de servicios clínicos del Distrito de Salud del Sur de Nevada (SNHD, por sus siglas en inglés) de examinarme, obtener las pruebas de laboratorio necesarias, darme tratamiento y consejo para mí o mi hijo/a. Entiendo que hay ciertos peligros y riesgos conectados con todo tipo de tratamientos y cuidado, y con este conocimiento, doy mi consentimiento. Entiendo que si soy tratado o diagnosticado con una infección de transmisión sexual la clínica requiere por ley reportar esto a ciertas agencias de salud pública. Entiendo que el personal de la clínica también podría ser requerido por la ley para reportar algunas acusaciones de abuso físico o sexual. Aquí certifico que he leído y entiendo por completo el consentimiento antes mencionado para exámenes y/o tratamiento. Luego de la evaluación, si mi condición médica está por arriba de la capacidad de los servicios del SNHD, seré referido a otro lugar para recibir cuidado adicional.

He contestado todas las preguntas correctamente en base a mi conocimiento.

Nombre _____

Firma _____

Fecha _____

Relación: Paciente Padre Tutor Otro _____