

**REGISTRO DEL PACIENTE**

*Escriba claramente en letra de molde y proporcione toda la información.*

**I. Información del paciente: todos los pacientes**

NOMBRE DEL PACIENTE (APELLIDO, NOMBRE, SEGUNDO NOMBRE)				
DIRECCIÓN RESIDENCIAL		APT/LOTE	CIUDAD, ESTADO	CÓDIGO POSTAL
MÉTODO PREFERIDO DE COMUNICACIÓN: <input type="checkbox"/> Correo electrónico <input type="checkbox"/> Teléfono residencial <input type="checkbox"/> Teléfono celular		TELÉFONO RESIDENCIAL	TELÉFONO CELULAR	
FECHA DE NACIMIENTO DEL PACIENTE (MM/DD/AAAA)		GÉNERO: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Transgénero		
¿LO HAN ATENDIDO ANTES EN ESTA CLÍNICA? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No				
¿ALGUNA VEZ SE INSCRIBIÓ AQUÍ UTILIZANDO UN NOMBRE O APELLIDO DISTINTO? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No    Otro nombre: _____				
ORIGEN ÉTNICO: <input type="checkbox"/> Hispano o Latino <input type="checkbox"/> No Hispanic ni Latino		RAZA (Escoja todo que aplique): <input type="checkbox"/> Indígena americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Raza negra/Afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái/Nativo de las Islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco		
SI DESEA TENER ACCESO ELECTRONICO A SU EXPEDIENTE MEDICO, PROPORCIONE LA DIRECCION DE CORREO ELECTRONICO QUE DESEA USAR PARA CONFIGURAR SU CUENTA:				

**II. . Para los pacientes que solicitan servicios de ETS/VIH**

**\*\* La clínica solo ofrece pruebas para infecciones por clamidia, gonorrea, sífilis, y VIH. Tratamiento solo es ofrecido para clamidia, gonorrea, y sífilis. Si desea pruebas o tratamiento para cualquier otra infección, pida una lista de los proveedores de servicios de la comunidad. MARQUE UNA DE LAS CASILLAS PARA INDICAR SU SELECCIÓN::**

<input type="checkbox"/> OPCIÓN 1: PRUEBAS RÁPIDAS  Le pedirán muestras de sangre y orina. Le harán pruebas de detección de clamidia, gonorrea y sífilis, y una prueba rápida de VIH.  Esta es la mejor opción si: • No tiene síntomas; • Un médico o el personal de salud pública NO le ha indicado que debe presentarse para recibir tratamiento.	<input type="checkbox"/> OPCIÓN 2: CONSULTA DE ADMISIÓN  Le harán algunas preguntas para decidir si es necesario que consulte a un proveedor médico o si la Opción 1 es más adecuada para usted.  Esta es la mejor opción si: • Tiene síntomas de una ETS (como úlceras o salpullido) o si tuvo relaciones sexuales con una persona con síntomas de una ETS; • Si un médico o el personal de salud pública le ha dicho que acuda a la clínica.	<input type="checkbox"/> OPCIÓN 3: PRUEBA RÁPIDA DE VIH <u>SOLO</u> PRUEBAS  Esta opción no incluye las pruebas de detección de clamidia, gonorrea y sífilis.
---	--	---

**III. Reconocimiento: todos los pacientes**

Por este medio doy mi consentimiento y autorizo a que se hagan todos los tratamientos y servicios médicos que los proveedores médicos y el personal del Departamento de Salud Pública del Condado Maricopa consideren convenientes para mí o el menor mencionado arriba, de quien soy padre o tutor legal.  
 \_\_\_\_\_ Mis iniciales confirman que entiendo que no recibiré ningún reembolso si rechazo los servicios después de haber sido atendido por el personal de la clínica.  
 \_\_\_\_\_ Mis iniciales confirman que entiendo que para poder revelar cualquier expediente o resultados de una prueba, el nombre y la fecha de nacimiento de este formulario deben coincidir exactamente con los de una tarjeta de identificación con fotografía vigente.  
 Según mis conocimientos, la información proporcionada aquí es real y verdadera.

FIRMA DEL PACIENTE O REPRESENTANTE LEGAL	Fecha (MM/DD/AAAA)
SI FIRMA EL REPRESENTANTE LEGAL, INDIQUE LA RELACIÓN CON EL PACIENTE	Fecha (MM/DD/AAAA)