



Distrito de Columbia

La clínica de SE STD

Núm de expediente: ____ - ____

Fecha: ____/____/____

ID Checked:

FORMULARIO DE REGISTRO DEL PACIENTE

Idioma de preferencia: _____

Ha estado en esta clínica anteriormente? Sí No

***Nombre del paciente:** _____
(Apellido) Primer Nombre 2do Nombre

Nombre de soltera y/o cualquier otro nombre(s) que ha usado: _____

***Fecha de nacimiento**

____/____/____
Mes Día Año

*Núm. Seguro Social:

____ - ____ - ____

***Dirección**

Casa Trabajo Escuela Temporal

Calle 1 Núm. de apartamento

Calle 2

Ciudad Condado/Barrio Estado Código Postal

Si en una vivienda temporal, indique cuánto tiempo va a estar en la dirección actual:

Desde: ____/____/____ Hasta: ____/____/____

Estado civil:

- Soltero/a
- Casado/a
- Dvorcado/a
- Viudo/a
- Separado/a
- Otro/a: _____

***Género de nacimiento:**

- Masculino
- Femenino

***Género actual:**

- Masculino
- Femenino
- Transgénero F a M
- Transgénero M a F

Empleo/Escuela:

Nombre: _____

Teléfono: (____) ____ - ____

Email: _____

***Contacto de emergencia:**

Nombre: _____

Relación: _____

Teléfono: (____) ____ - ____

***Raza:**

- Indio Am./Nativo de AK
- Asiático
- Negro/Afroamericano
- Nativo de HI/Isleño Pac.
- Blanco
- Otro: _____

***Teléfono/Correo Electrónico:**

(____) ____ - ____ (____) ____ - ____

Casa

Celular

Correo Electrónico

***Etnicidad:**

- Hispano
- No-hispano
- Otro: _____

Compruebe todos los métodos por los cuales podemos comunicar información relacionada con la salud a usted:

- Tel. de casa
- Tel. de celular
- Text
- email de trabajo/escuela
- email personal

¿De dónde obtiene su atención médica de rutina ?

- Clínica pública
- sala de emergencia
- HMO
- Médico privado
- Otro: _____

INFORMACIÓN DE SEGURO DE SALUD E INGRESOS

¿Cuál es su ingreso mensual ?

¿Cuál es su ingreso mensual del hogar ?

¿Cuántas personas viven en su hogar, incluido usted ? _____

Seguro primario: _____

Núm. de cuenta: _____

Nombre del suscriptor: _____

Seguro secundario: _____

Núm. de cuenta: _____

Nombre del suscriptor: _____



**DISTRICT OF COLUMBIA • DEPARTMENT OF HEALTH
 HAHSTA • Division of STD &TB Control • STD Control Program
 INFORMED MEDICAL CONSENT & NOTICE OF HIPAA PRIVACY PRACTICES (NPP)**

Mi firma al final de este documento se afirma que he leído y entendido este documento, y que todas las preguntas derivadas de ella se han explicado a mi satisfacción; de tal manera que;

1. Voy a recibir un examen médico que puede incluir la toma de una muestra de mi sangre y otros fluidos corporales, según sea apropiado, para pruebas de laboratorio para el VIH, la sífilis, la gonorrea, la clamidia, tricomoniasis, herpes, la hepatitis y la vaginosis bacteriana
2. El médico puede hacer un diagnóstico y/o administrar un tratamiento en mi caso porque: he sido o puede haber estado expuesto a una infección de transmisión sexual, a causa de mis síntomas o antecedentes de síntomas; y/o debido a los resultados de mi examen de laboratorio.
3. Si el médico decide tratarme, puedo recibir una o más tabletas, inyecciones, vacunas, cremas, ungüentos, u otros medicamentos para uso interno o externo, de acuerdo con horarios actuales de tratamiento recomendadas. El medico encargado le dará administrar explicará las indicaciones y contraindicaciones de los medicamentos recetados por mí.
4. Cuando el medico encargado pregunte, después de la administración de medicamentos, voy a esperar una media hora para asegurarme de que no hay ningún problema debido a la medicación recibida .
5. Toda la información en mi expediente médico se llevará a cabo en la más estricta confidencialidad; cuando sea necesario, la información médica puede ponerse a disposición de otros proveedores de servicios médicos que participan en mi cuidado de salud, e.g., cuando hay otras consideraciones médicas que se solapan.

Esta nota de HIPAA describe cómo la información médica protegida acerca de usted puede ser usada y divulgada y cómo usted puede tener acceso a esta información.

La Clínica SE STD mantiene su información de salud protegida (PHI) confidencial. PHI incluye su nombre, dirección, fecha de nacimiento y número de teléfono. También incluye su número de seguro social, número de Medicaid o Medicare (si lo hay), y la información de la póliza de seguro de salud. Puede incluir información sobre su estado de salud. Los reclamos de facturación de los proveedores de atención de la salud incluyen su diagnóstico. Las reclamaciones tienen un listado de su tratamiento médico y suministros. Los reclamos también incluyen declaraciones de médicos, radiografías y resultados de pruebas de laboratorio. Su PHI es esta información también. La ley nos obliga a mantener su PHI privado. Debemos proporcionarle esta notificación de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad. La ley requiere que el Departamento de Salud cumpla con este aviso.

Usted tiene el derecho a:

- Obtener una copia de su documento o registro médico electrónico
- Solicitar una corrección en un papel o registro medico electrónico
- Solicitar comunicaciones confidenciales
- Pedirnos que limitemos la información sobre usted que compartimos
- Obtener una lista de aquellos con los que hemos compartido su información
- Obtener una copia de este Aviso de Prácticas de Privacidad
- Elegir a alguien para que actúe como su representante personal a los propósitos de su información de salud
- Presentar una queja si usted cree que sus derechos han sido violados

Podemos utilizar y compartir su información ya que:

- Te tratamos
- Ejecutar nuestro programa
- Factura por sus servicios
- Ayudar con la salud pública y cuestiones de seguridad
- Hacer investigación
- Cumplir con la ley
- Responder a las solicitudes de órganos y tejidos de donación
- Trabajar con un médico forense o director de funeraria
- Tomando en cuenta la indemnización de los trabajadores, la ley y otras solicitudes del gobiernos
- Responder a las demandas y acciones legales

Usted tiene algunas opciones en la forma en que usamos y compartimos la información, ya que:

- Decirle a sus amigos y familiares acerca de su salud-sólo con su consentimiento
- Proporcionar alivio de desastres
- Proporcionar atención de salud mental
- Comercializar nuestros servicios

La privacidad de su información de salud es importante para nosotros .Le hemos dado una copia de nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad. En él se describe cómo se manejará su información de salud en diversas situaciones. Le pedimos que firme este formulario para reconocer que ha recibido una copia de nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad. Esto incluye la fecha en la que se produjo su notificación electronica por primera vez.

Si su primera fecha de servicio con nosotros fue debido a una emergencia, vamos a tratar de darle este aviso y obtener la firma reconociendo que recibió este aviso tan pronto como sea posible después de la emergencia .

Por lo tanto, yo, _____ (escribe claramente su nombre) voluntariamente doy mi consentimiento para recibir cuidados medicos de la clínica de enfermedades de transmisión sexual (STD) del Distrito de Columbia (DC) y que he recibido la notificación de HIPAA.

Firma del paciente (o encargado)

Fecha

<p><i>For Office Use Only</i> Patient Name: _____ MRN: _____ Date of Admission: _____ Filed Electronically: ___Y ___N</p>
