

REGISTRACION - FAVOR DE LLENAR ESTA SECCIÓN ENMARCADA Y FIRMAR

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

APELLIDO	PRIMER NOMBRE	INICIAL	FECHA DE NACIMIENTO
LUGAR DE TRABAJO O ESCUELA	NUMERO DE SEGURO SOCIAL	SEXO () M () F	ESTATO civil () C () S
DIRECCIÓN EN DONDE RECIBE CORREO	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
DIRECCIÓN FÍSICA	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
TELÉFONO DE CASA	TELÉFONO CELULAR	TELÉFONO DEL TRABAJO	
A cual número de teléfono prefiere que le hablemos? <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Otro _____ Esta bien dejar un mensaje? <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no Podemos enviar facturas, si es necesario? <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no			
CONTACTO DE EMERGENCIA 18 años ó mayor		RELACIÓN	TELÉFONO
Pertenencia étnica (seleccione uno) <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No-Hispano	Raza (seleccione uno) <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Nativo americanos <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Isleño del Pacifico ¿Qué idioma habla en su casa? _____ ¿Necesita un interprete? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		

Yo reconozco por este medio que estoy enterado del Aviso de Practicas de Privacidad de la Clínica de Salud y Servicios Humanos de Carson City. Las copias están disponibles en el cuarto de espera o por petición mía. Todo historial médico de menores de edad será conservado por un mínimo de cinco (5) años, después de que el individuo haya cumplido 18 años (NRS 626.06).

FIRMA _____ FECHA _____

<input type="checkbox"/> ESPOSO <input type="checkbox"/> PADRE <input type="checkbox"/> GUARDIÁN <input type="checkbox"/> INFORMACIÓN DE TITULAR DE LA POLIZA				
ESPOSO/PADRE APELLIDO	PRIMER NOMBRE	INICIAL	**RELACIÓN CON EL PACIENTE	
NUMERO DE SEGURO SOCIAL	TELÉFONO DEL TRABAJO / TELÉFONO CELULAR	FECHA DE NACIMIENTO	SEXO () M () F	
DIRECCIÓN	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	TELÉFONO DE CASA

PACIENTES ASEGURADOS SOLAMENTE

Se requiere una copia de su seguro médico y su licencia de manejo al tiempo de su registración.

AUTORIZACIÓN PARA PAGAR BENEFICIOS AL MÉDICO: Autorizo por este medio el pago directo a la Clínica de Salud Comunitaria de Carson City para beneficios médicos. Autorizo por este medio a la Clínica de la Salud Comunitaria de la ciudad de Carson para proveer cualquier información necesaria para procesar este reclamo.

FIRMA _____ FECHA _____

Si no firma el paciente, indique por favor su relación con él:

- El padre o el guardian del paciente menor, indique por favor su relación: _____
- Guardian o conservador de un paciente incompetente
- Beneficiario o representante del paciente difunto
- Otro (especifique) _____

Carson City Health & Human Services
 Carson City Community Health Clinic
 900 E. Long St. Carson City, NV 89706
 Tel. 887-2195 Fax 887-2192

Douglas County Community Health
 1538 Hwy 395.N. Gardnerville, NV 89410-5207
 Tel. 782-9038 Fax 782-9875

INFORME Y CONSENTIMIENTO PARA EXAMEN Y TRATAMIENTO

Su cuidado de salud aquí es voluntario y confidencial. Ninguna información será dada a cabo sin su permiso por escrito, salvo cuando la ley nos exige o para proveerle servicios de salud de acuerdo con privacidad federal y patrones de seguridad.

Favor de notar:

1. **Es mandatario que reportemos la corrupción de menores (N.R.S. 432B.220).** Esto significa que si tiene 15 años o es más joven y está teniendo relaciones sexuales con alguien de 18 años o mayor, y nos informa de ello, tenemos que reportarlo a las autoridades.
2. **Es mandatario que reportemos el abuso y descuido de menores (N.R.S. 432B.220)** Esto significa que si tenemos razón para pensar que hay abuso o descuido de un niño menor de edad, tenemos que reportarlo a las autoridades.
3. **Es mandatario que reportemos lascivia (sexo) con niños menos de 14 años de edad (N.R.S. 201.230).** Esto significa que si tenemos razón de pensar que hay abuso o descuido de un menor de edad, tenemos que reportarlo a las autoridades.
4. **Es requerido que reportemos (N.A.C. 441A.230) ciertas enfermedades transmisibles, como las siguientes:** Clamidia, Gonorrea, Sífilis, y VIH/SIDA y hepatitis. Si Ud. tiene un resultado positivo para cualquiera de estas enfermedades, somos requeridos a reportar los resultados. En unos casos, un investigador de la clínica le pedirá información sobre sus parejas sexuales para proveerles con pruebas y tratamiento.

En ésta clínica, Ud. puede escoger un método para prevenir el embarazo (mientras que no le cause problemas de salud). También puede negar de usar cualquier método o servicios ofrecidos por esta clínica.

Yo tengo derecho de saber todo sobre mi cuidado de salud, y yo soy animado a hacer preguntas.

Yo entienda que para recibir servicios que he pedido, puede ser necesario tener un examen y pruebas del laboratorio, y tratamiento puede ser recomendado. Eso puede incluir:

Examen físico

Tomar el peso, presión de sangre, examen de la cabeza, cuello, pulmones, corazón, pechos, abdomen, pelvis, recto, brazos y piernas.

Pruebas del laboratorio

Orine, flujos vaginales, pruebas de sangre, prueba de Papanicolaou

Tratamiento

Tratamiento oral o tópico para condiciones mínimas de salud y de la piel. Ciertas enfermedades transmisibles incluyendo ETS.

He leído la información en esta hoja (o alguien me la ha leído), entiendo la información, y doy permiso para examen, tratamiento, y cuidado por los empleados del Clínica de Salud Comunitaria de Carson City:

Firma: _____

Fecha: _____

Firma de testigo: _____

Fecha: _____

Planificación de Familia: Yo voluntariamente he escogido recibir cuidado de salud en la Clínica de Salud Comunitaria de Carson City. Yo no he sido obligada a recibir servicios o usar cualquier método particular de cuidado anticonceptivo. Yo entiendo que la aceptación de planificación familia no es necesaria para que yo pueda participar en otros programas o recibir otros servicios ofrecidos por la Clínica Comunitaria de Carson City.

VIH Prueba rápida será parte de su examen hoy. Favor dígame al proveedor sí Ud. **NO** desea tener el examen.

Planificación de Familia - Menos de 18 años de edad: (favor de marcar la cajita apropiada.)

- Me gustaría que mis padres participen en mi decisión de Planificación de Familia.
- No se les avise a mis padres.
- Necesito ayuda en avisarle a mis padres.

Firma: _____

Fecha: _____

Firma de testigo: _____

Fecha: _____