FORM #1 (Forma #1)

Clinic # (# de Clínica) _____

Name (Nombre) _____

Date of Birth (Fecha de Nacimiento) _____

Time Arrived # (# de Horario de Llegada) _____

** Office Use Only **

Para el uso de la oficina solamente

Place Client Label Here

EVALUACIÓN DE ENTRADA PARA LA CLINICA ETS/VIH DE SAMHD

(Please see the other side for English)

Para el uso de la oficina solamente

Para proporcionarle el mejor servicio, por favor conteste TODAS las preguntas abajo.
Empleado/a: Por favor marque todas las cajas y complete los espacios en blanco que se apliquen al cliente. Gracias.

1.) ¿Ha estado aquí anteriormente? ☐ No ☐ Sí Si sí, cuándo fue la última vez que estuvo aquí? _____

- ☐ Un segundo o tercer tratamiento (inyección) para la Sífilis — II-R
- ☐ Una segunda o tercera inyección (vacunación) para la Hepatitis B — II-R
- ☐ Una prueba de sangre de seguimiento de 3, 6, o 12 meses para la Sífilis (chequeo de título) — II-R
- ☐ El personal de esta clínica le dijo que su prueba resultó positiva para la Clamidia o Gonorrea — II-R
- ☐ Ninguno de lo antedicho — I

- Si ninguno de lo antedicho, por favor continue llenando este formulario contestando preguntas #2-5.
- Si sí a alguno de lo antedicho, entonces por favor pida que el paciente haga lo siguiente: (1) si su información de donde podemos localizarlo ha cambiado, complete #2 y (2) lleve estas formas a la recepcionista inmediatamente.

2.) ¿Alguien le dijo que viniera hoy?

- ☐ No — I
- ☐ Sí, para la Clamidia o Gonorrea — II
- ☐ Sí, para la Sífilis — III

- Si sí, entonces por favor díganos quien le pidió que usted viniera:

_____Empleado/a de nuestra clínica; Nombre: _____

_____Pareja; Nombre: _____, Fecha de Nacimiento: _____

_____Otro: _____

- Si su pareja le dijo que viniera hoy, marque la infección con la cual ellos están diagnosticados/as:

- ☐ Clamidia
- ☐ Gonorrea
- ☐ Sífilis
- ☐ No estoy seguro/a cual infección
- ☐ VIH o SIDA
- ☐ Tricomoniasis
- ☐ Otra (por favor explique): _____

3.) ¿Tiene síntomas HOY? (Si sí, por favor cheque todas las cajas que apliquen y complete los espacios en blanco abajo.)

- ☐ No — I
- ☐ Dolor al orinar — II
- ☐ Descargue o goteo que es (circule todos los que apliquen) claro / blanco / amarillo / verde — M-II F-III
- ☐ Descargue o goteo que es sangriento — III
- ☐ Comezón: ¿Dónde? _____ — III
- ☐ Ronchas/Sarpullido: ¿Dónde? _____ — III
- ☐ Dolor: ¿Dónde? _____ — III
- ☐ Llaga(s), lesion(es), ampolla(s), verruga(s), topetón(es) — III
- ☐ Otro: _____ — III

4.) ¿Hay otra razón por la cual está aquí HOY?

- ☐ Prueba (rutina) para las enfermedades transmitidas sexualmente (sólo necesito chequearme) — I
- ☐ Otra: _____

5.) ¿Está usted aquí con su pareja? No ____ Sí ____
(Número de clínica de su pareja : _____)

Dígale al paciente: Cuando usted haya llenado el formulario, por favor espere que su número sea llamado. ¡Gracias!

02-13-2013

Esta embarazada? SI_____ NO_____