

Patient No. \_\_\_\_\_ PLEASE PRINT CLEARLY

**Patient Information**

Last Name: \_\_\_\_\_ First Name: \_\_\_\_\_ MI: \_\_\_\_\_  
 Date of Birth: \_\_\_\_\_ Age: \_\_\_\_\_ Gender: \_\_\_\_\_  
 Have you been to this **STI** Clinic before?  NO  YES, Date \_\_\_\_\_

**Security Identifiers:** *These will not be shared with any outside party. The purpose of this information is to confirm the patient identity during callbacks or any patient requested release of medical information.* Last 4 digits of SSN: \_\_\_\_\_  
 Mothers Maiden Name: \_\_\_\_\_

**Patient Demographics**

\_\_\_\_\_  
 (Street Address) (City/ State/ Zip Code) (County of Residence)  
**Phone Number:** ( ) \_\_\_\_\_ **Race:** \_\_\_\_\_ **Ethnicity :**  Hispanic  Non-Hispanic  
**Marital Status:**  Single  Married  Divorced  Widowed  Separated  
**Occupation:**  Employed-Full time  Employed- Part-time  Unemployed  Student—H/S  Student—College  
**Insurance:**  None  Medicaid  Medicare  Private Insurance: \_\_\_\_\_  
**Emergency Contact Name:** \_\_\_\_\_ **Emergency Contact Phone Number:** \_\_\_\_\_

**General Consent and Disclosure**

The information in this consent form is given so that you will be better informed about the health care services you will receive. After you understand the information which will be given about the services, and if you agree to receive the services, you must sign this form to indicate that you understand and consent to services.

**NOTIFICATION: Brazos County Health Department,** (Hereafter called the “Department”) encourages individuals to seek a personal physician for periodic health examinations and for the treatment of health problems. The Department services are targeted primarily toward prevention of health problems among those who cannot access a physician. The Department cannot assume the responsibility for payment of medical care received outside this clinic, including the delivery of babies, unless previously written authorization has been given.

**DISCLAIMER ON SCREENING:** The Department uses screening tests, which are a way to find people who may develop certain common medical problems. Screening tests are valuable because they can find disease early-before it becomes a big health problem. Screening tests do not cover all diseases and may miss some disease they are supposed to find, so the test results are not final, just one part of a complete exam. Screening tests can alert you to promptly get a medical check-up and treatment from a doctor or health clinic of your choice.

**GENERAL CONSENT:** I give permission to the Department, its designated staff and other medical personnel providing services under its sponsorship to perform physical assessments or examinations, conduct laboratory or other tests (which may include HIV testing), give injections, medications, and other treatments, and render other medical services to the patient identified on this form.

**ADDITIONAL CONSENT:** In addition to the above general consent, I understand that special consent forms must be read and signed for the following procedures: medications for tuberculosis and Hansen’s disease, immunizations and family planning methods.

**PRIVACY NOTICE:** I acknowledge that I have READ (or have been offered a copy) of the Departments’ HIPAA Privacy Notice.  
 (INITIALS) \_\_\_\_\_

**QUESTIONS:** I certified that this form has been fully explained to me, that any blank lines have been filled in and that any questions I have had about the services have been answered to my satisfaction.

**SIGNATURE SECTION I:** Fill in blanks lines with NA if not applicable.

Patient’s Name: \_\_\_\_\_ Patient’s Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_  
 Person Authorized to Consent\*: \_\_\_\_\_ Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_  
 \*If not the patient, I am authorized to sign because I am the: (attach proof of authority)  
 Parent  Legal Guardian  Personal Representative  Other: \_\_\_\_\_

**SIGNATURE SECTION II:** Administrative Use ONLY.

Witness signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

**Medical Services**

Medical services will be provided by a physician, physician assistant (PA), Nurse Practitioner (NP), or Nurse (RN or LVN)

Patient # \_\_\_\_\_

**POR FAVOR ESCRIBIR CLARO**

**Formulario General de Admisión de Pacientes**

Apellido: \_\_\_\_\_ Primer Nombre: \_\_\_\_\_ Inicial: \_\_\_\_\_  
 Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_  
 ¿Ha venido a esta clinica de infecciones venerias antes?  NO  SI, Cuando \_\_\_\_\_

**Identificadores de seguridad:** *Estos no serán compartidos con ninguna parte externa. El propósito de esta información es confirmar la identidad del paciente durante las devoluciones de llamada o cualquier paciente pidió la liberación de información médica.* **Ultimos 4 Numeros de Seguro:** \_\_\_\_\_  
**Apellido de Soltera de la Madre:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 (Direccion) (Ciudad/ Estado/ Codigo Postal) (Condado)  
**Numero de Telefono:** ( ) \_\_\_\_\_  
**Estado Civil:**  Soltero/a  Casado/a  Divorciado/a  Viudo/a  Separado/a  
**Occupacional:**  Empleado -tiempo completo  Empleado -tiempo parcial  desempleado  estudiante -preparatoria  estudiante -Colegio  
**Seguro Medico:**  No  Medicaid  Medicare  Otro: \_\_\_\_\_  
**Raza:** \_\_\_\_\_ **Etnicidad:**  Hispano  No-Hispano \_\_\_\_\_  
**Persona de Contacto en caso de Emergencia:** \_\_\_\_\_  
**Numero de Telefono:** \_\_\_\_\_

**Consentimiento General y Divulgación**

La información en este formulario de consentimiento está dada por lo que estarán mejor informados sobre los servicios de atención de la salud que usted recibirá. Después de comprender la información que se da acerca de los servicios, y, si está de acuerdo con recibir los servicios, usted debe firmar este formulario para indicar que usted entiende y consentimiento a los servicios.

**NOTIFICACIÓN:** Brazos County Health Department, (En lo sucesivo denominado el "Departamento") Alienta a las personas a buscar un médico personal para exámenes de salud periódicos y para el tratamiento de problemas de salud. El Departamento servicios están orientados principalmente hacia la prevención de los problemas de salud de las personas que no pueden acceder a un médico. El Departamento no puede asumir la responsabilidad del pago de la atención médica recibida fuera de esta clínica, incluyendo la entrega de los bebés, a no ser que ya hayan recibido autorización por escrito.

**EXENCIÓN DE RESPONSABILIDAD DE PROYECCIÓN:** El Departamento utiliza las pruebas de detección, que son una forma de encontrar a las personas que pueden desarrollar ciertos problemas médicos comunes. Las pruebas de detección son valiosas porque pueden encontrar precoz de la enfermedad antes de que se convierta en un gran problema de salud. Las pruebas de detección no cubre todas las enfermedades y pueden pasar alguna enfermedad se supone que van a encontrar, por lo que los resultados de la prueba no son los definitivos, sólo una parte de un examen completo. Las pruebas de detección pueden alertarle de inmediato una revisión médica y el tratamiento de un médico o la clínica de salud de su elección.

**CONSENTIMIENTO GENERAL:** Doy mi consentimiento para el Departamento, el personal designado y demás personal médico prestación de servicios bajo su patrocinio para llevar a cabo exámenes físicos o exámenes, conducta u otras pruebas laboratorio (que puede incluir las pruebas de detección del VIH), poner inyecciones, medicamentos y otros tratamientos, y prestar otros servicios médicos a la paciente identificado en este formulario.

**CONSENTIMIENTO ADICIONAL:** De lo anterior ambientado consentimiento general, temas que formularios de consentimiento especial debe ser leída y firmada por los siguientes procedimientos: medicamentos para la tuberculosis y la enfermedad de Hansen, inmunizaciones y los métodos de planificación familiar.

**AVISO DE PRIVACIDAD:** Reconozco que he leído (o me han ofrecido una copia) del Aviso de Privacidad de HIPAA de los Departamentos. (INICIALES) \_\_\_\_\_

**PREGUNTAS:** E certificado que este formulario ha sido plenamente explicado a mí, que las líneas en blanco se han completado y que las dudas que he tenido acerca de los servicios han sido contestadas a mi satisfacción.

**Firma Sección I: llene las líneas con NA si no puede contestar.**

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Firma del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
 Persona autorizada para dar su consentimiento\*:  
 Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
 \* Si no soy el paciente, estoy autorizado a firmar porque soy el: (adjunte prueba de autoridad)  
 Padre  Guardián legal  Representante personal  Otra:

**Firma Sección II: Sólo uso administrativo.**

Firma del Testigo: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Servicios Medicos**

Los servicios médicos serán proporcionados por un médico, asistente médico (PA), Enfermera (NP) o la enfermera (RN o LVN)