

**Carolina Family Health Centers, Inc.**

*Carolina Family Dental Center • Freedom Hill Community Health Center*

*Harvest Family Health Center*

*•Wilson Community Health Center*

**Formulario de Divulgación y Prueba del VIH**

**Información Demográfica del Paciente**

**Fecha:**

**Apellido** \_\_\_\_\_ **Primer Nombre** \_\_\_\_\_ **Inicial Segundo Nombre** \_\_\_\_\_

**Fecha de Nacimiento** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Dirección** \_\_\_\_\_ **Estado** \_\_\_\_\_ **Código Postal** \_\_\_\_\_

**Etnia**

- ☐ Hispano (Mexicano/Mexico-Americano/Chicano(a), Puerto Riqueño, Cubano u Otro (marque uno))  
☐ No-Hispano

**Raza**

- ☐ Blanco    ☐ Negro    ☐ Indio Americano/Nativo de Alaska (marque uno)  
☐ Isleño del Pacífico (Nativo Hawaiano, Guameño/Chamorro o Samoano (marque uno))  
☐ Asiático (Indio Asiático, Chino, Filipino, Japonés, Coreano, Vietnamita u otro Asiático (marque uno))  
☐ Más de una raza  
☐ Elige no revelar su raza

**Identidad de Género**

- ☐ Masculino    ☐ Femenino    ☐ Transgénero

**Sexo al Nacer**

- ☐ Masculino    ☐ Femenino

**Orientación Sexual**

- ☐ Heterosexual    ☐ Homosexual (lesbiana o gay)    ☐ Bisexual    ☐ Otro    ☐ Elige no revelar su orientación sexual

**Lugar de la Prueba/Evento:** \_\_\_\_\_

**Consentimiento del Paciente para la Detección del VIH:**

Me han dado una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de Carolina Family Health Center. Doy mi consentimiento para que me hagan la prueba del VIH hoy. Me han proporcionado información sobre el VIH y otras enfermedades de transmisión sexual, modos de transmisión y formas de prevenir la propagación de la infección. Entiendo que un resultado negativo de la prueba es definitivo y no requiere confirmación. Un resultado positivo de la prueba deberá verificarse con pruebas adicionales. Es mi responsabilidad hacer seguimiento con mi proveedor de atención médica primaria (PCP) para las pruebas de confirmación, si fuese necesario. Si no tengo un PCP, el personal de apoyo hará una remisión para pruebas adicionales en una de las clínicas de Carolina Family Health Center, Inc..

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Número Identificador Único: \_\_\_\_\_

### Información de la Prueba de VIH

#### Prueba Rápida Utilizada

☐ OraSure ☐ Chembio ☐ Otra: \_\_\_\_\_ Especimen: ☐ Oral ☐ Sangre

Número del Lote: \_\_\_\_\_ Fecha de Vencimiento: \_\_\_\_\_

☐ Indeterminada ☐ Insatisfactoria

#### Resultados:

☐ Negativo ☐ Positivo ☐ Indeterminado

#### ¿Se proporcionó el resultado de prueba rápida al cliente?

☐ No ☐ Sí

Si es positivo, ¿dónde se realizarán las pruebas de confirmación? \_\_\_\_\_

Fecha de la cita: \_\_\_\_\_

Nombre del empleado (en letra imprenta): \_\_\_\_\_

Firma del empleado: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

### Pruebas de Confirmación

Fecha de la Prueba de Confirmación: \_\_\_\_\_

#### Resultado:

☐ Negativo ☐ Positivo ☐ Indeterminado

Proveedor médico que lo ordenó: \_\_\_\_\_

Nombre del empleado (en letra imprenta): \_\_\_\_\_

Firma del empleado: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_