

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 orientacion 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: _____