Date: _____ Visit #: _____

COUNTY OF SAN DIEGO
HHSA
HEALTH AND HUMAN SERVICES AGENCY

PATIENT LABEL

Cuestionario de la clínica de ETS

Por favor indique la razón de su visita. ***(Marque todo lo que aplica)***

- ❑ Tengo síntomas. Mis síntomas son: _____
- ❑ **No tengo** sintomas:
  - ➢ Por favor, marque **<u>uno de los siguientes dos enunciados</u>** (no marque los dos):
    - ❑ No tengo ningún síntoma; Yo solo necesito exámenes de laboratorio (no necesito examen físico)
    - ❑ Aunque no tengo ningún síntoma, Yo quiero examen físico (el doctor o enfermera especialista puede hacer me el examen físico para ver si tengo algo anormal)*
- ❑ **Quiero la prueba de VIH**
- ❑ Estoy aquí por mis resultados de las pruebas de ETS/VIH.*
- ❑ Alguien del Departamento de Salud me dijo que viniera a la clínica de ETS:
  - ❑ Para ser examinado de ETS
  - ❑ Para recibir tratamiento de ETS*
  - ❑ Para recibir tratamiento para Verrugas Genitales
  - ❑ Con síntomas necesito ser re-evaluado/a
- ❑ Alguien con quien tuve relaciones sexuales me dijo que viniera la clínica porque había contraído una ETS
- ❑ Vacuna/Inmunizaciones (solo de hepatitis)*
- ❑ Pruebas para inmigración*
- ❑ Otro: _____

GRACIAS

*Staff: for * please use Green Visit Form*