

CENTRAL HEALTH CENTER

Asesoramiento de Salud Sexual

Nombre: _____ Fecha de nacimiento _____ SS # _____

1. ¿Ha tenido cualquiera de los siguientes en los últimos 90 días:
 - a. Nuevos/múltiples parejas Sí No
 - b. Contacto con una pareja que tiene una enfermedad transmitida sexualmente (ETS)? Sí No
 - i. Si sí, ¿qué ETS? _____
 - c. Señales/Síntomas de ETS:
 - i. ¿Flujo vaginal que usted siente no es normal? Sí No
 - ii. ¿Sangrado entre periodos? Sí No
 - iii. ¿Dolor al tener relaciones sexuales/periodos dolorosos Sí No
 - iv. ¿Ardor al orinar? Sí No
 - v. ¿Comezón y/o olor? Sí No
 - d. Acepta dinero o drogas para relaciones sexuales Sí No
 - e. Utiliza IV drogas/alcohol Sí No
 - i. Comparten equipo Sí No
 - f. Tuvo relaciones sexuales con alguien que es VIH positivo Sí No
 - g. **¿PARA LOS HOMBRES SOLO**
 - i. Ha tenido relaciones sexuales con otros hombres Sí No
2. ¿ Cuantos parejas ha tenido en los últimos 90 días _____ 6 meses _____
último 12 meses _____ toda la vida _____
3. ¿Ha tenido un pareja bisexual? Sí No
4. Utiliza condones todo el tiempo? Sí No
5. Tiene relaciones sexuales con(círculo) Hombres Mujeres Los dos
6. Tienes (círculo) sexo vaginal sexo oral sexo anal
7. ¿Alguna vez ha tenido una STD Sí No
 1. Si es sí, ¿qué infección? _____
8. ¿Ha tenido piercings corporales o tatuajes por condiciones insalubres Sí No
9. ¿Su pareja ha salido de la cárcel en el último año? Sí No
10. Es tu pareja actualmente en la cárcel? Sí No
11. ¿Ha tenido una transfusión de sangre o producto de sangre ante de 1985? Sí No

Central Health Center

Nombre: _____ Fecha de nacimiento _____
 Primero Medio Último

Dirección: _____
 Calle/PO Box Ciudad Código postal

Condado de origen: _____ Alergias: _____
Numero de seguridad social: _____

¿Ha servido en una rama del ejército? Sí No

Por favor marque uno en cada categoría:

El Sexo:	Hombre	Mujer
Etnicidad:	Hispano	No-Hispano
Raza:	Indio Americano / Nativo de Alaska	Blanco
	Nativo de Hawái / Islas del Pacífico	Asiático
	Negro / afroamericano	Más de una raza

Consentimiento para las pruebas y el tratamiento:

Por la presente doy mi consentimiento a las pruebas de clamidia y gonorrea como me lo explicó la enfermera de CHC. Entiendo que seré notificado solo si el resultado es anormal o positivo. Si no estoy contactado, asumiré que el resultado es negativo o normal. En caso de que el resultado sea anormal o positivo, entiendo que recibiré información adicional sobre el tratamiento en ese momento.

Acuse de recibo del aviso de prácticas de privacidad para información de salud protegida:

Yo, el paciente reconozco que he recibido una copia de la actual Notificación de Prácticas de Privacidad para Información de Salud Protegida del Centro de Salud Central en la fecha que se indica a continuación.

Educación Recibida:

Al firmar Acuso recibo de materiales educativos se refieren a la prueba de consentimiento para arriba y la información sobre la prevención de la infección de transmisión sexual.

Firma: _____ Fecha: _____

**CENTRAL HEALTH CENTER
PRIVACY PRACTICES ACKNOWLEDGEMENT**

FORMA DE RECONOCIMIENTO

Yo he recibido la noticia de practicas confidenciales de Central Health Center y se me ha dado la oportunidad de revisarlo. Reconozco que la informacion debajo es un resumen breve de las practicas confidenciales entregadas a mi.

Nombre: _____ # de paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Firma: _____ Fecha: _____

CERTEZA DE CONFIDENCIALIDAD:

**Su expediente medico es confidencial y no sera disbulgada a nadie sin su consentimiento por escrito
excepto cuano es requerido por la ley.**

Las agencias que incluyen los centros de salud y programas de asistencia medica que estan afiliados bajo el acto de control comun de la asociacion de Nebraska Alignza para la Salud y Servicios Humanos, estan obligados por la ley federal a mantener la privacidad de la Informacion Protegida de Salud y de dar aviso del deber legal proporcionar nota de ello y las practicas de privacidad con respecto a la Informacion Protegida de Salud.

Central Health Center puede conseguir acceso, puede utilizar y compartir informacion medica para propositos de:

- Tratamientos
- Pagos
- Operaciones

Otros usos permitidos y acceso que se puede dar sin su consentimiento pueden ser para:

- | | | |
|--------------------------------|--|---|
| • Como lo exige la ley | • Aplicacion de la ley | • Actividad criminal |
| • Actividades de salud publica | • Procedimientos legales | • Actividad militar y Seguridad Nacional |
| • Enfermedades contagiosas | • Administracion de comida y drogas | • Compensacion de trabajadores |
| • Abuso o negligencias | • Investigacion | • Presos |
| • Supervision de la salud | • Medicos forenses, Directores de
Funerarias, y donacion de organos | • Uso y acceso requerido por razones
de cumplimiento a investigaciones |

Tus derechos de privacidad:

- Derecho a inspeccionar y copiar
- Derecho de modificar
- Derecho a una contabilidad de acceso
- Derecho a solicitar restricciones (CHC no esta obligado a aceptar)
- Derecho de solicitar comunicaciones confidenciales

Central Health Center se reserva el derecho de modificar las practicas de privacidad en cual-quier momento y le dara aviso del material cambiado o revision de estas practicas.

Yo entiendo que mi concentimiento por escrito es necesario para dar informacion sobre mi expediente medico, a menos que sea necesario para proveer servicios a mi misma(o) como se senalo anteriormente. Con las debidas garantias de confidencialidad. Cuando su informacion es requerida, CHC les dara solamente la informacion especificada en la forma que quieren. La informacion recopilada con fin de ser usada para la presentacion de datos sera revelada solo en resumen, estadistica, o en otra forma, que no identifique a individuos en particular. Al tener firmada la petition escrita los pacientes que transfiere a otros proveedores puede tener sus documentos trasferidos para facilitar la continuidad del cuidado.

Usted tambien nos puede proporcionar autoizacion escrita para utilizar su informacion medica para otros propositos; usted puede revocar ese permiso por escrito en cualquier momento.

Grand Island
217 E. Stolley Park Rd, Ste E
PO Box 2539
Grand Island, NE 68801
PH 308-384-7625
TF 888-308-2134
FX 308-384-8904

Kearney
4503 2nd Ave Ste 209
PO Box 338
Kearney, NE 68848
PH 308-234-9140
TF 888-308-2135
FX 308-236-5814

CENTRAL HEALTH CENTER

Infecciones Transmitidas Sexualmente (ITS)

	Enfermedad	Síntomas	Resultado de la enfermedad	Tratamiento
Bacterias ITS	Gonorrea	Posible secreción vaginal de color amarillo, dolor al orinar; ardor, comezón o dolor en los genitales; dolorosas relaciones sexuales; con frecuencia, los síntomas no se presentan.	Si se deja sin tratamiento, puede conducir a una enfermedad inflamatoria de la pelvis (PID), una condición que puede causar infertilidad.	Antibióticos
	Clamidia	Posible secreción vaginal de color amarillo, dolor al orinar, dolor pélvico; dolorosas relaciones sexuales; puede que no haya síntomas.	Si se deja sin tratamiento, puede conducir a una enfermedad inflamatoria de la pelvis (PID), e infertilidad.	Antibióticos
	Sífilis	1er Etapa: Puede tener llagas sin dolor en el lugar infectado y ganglios linfáticos inflamados ("glándulas"). 2da Etapa: Sarpullido en la piel, con frecuencia en las palmas de las manos y plantas de los pies. 3er Etapa: El corazón, sistema nervioso y otros órganos internos pueden estar afectados.	Sin tratamiento, los síntomas se pueden desaparecer, pero la enfermedad permanece y puede causar problemas de salud mayores y hasta la muerte.	Antibióticos
Parasitarias ITS	Vaginitis Tricomonas	Asociado con secreción vaginal espumosa, verdusco-amarillenta; irritación y dolor en los genitales y muslos; dolor al orinar o en las relaciones sexuales; con frecuencia los síntomas no aparecerán.	Frecuentemente acompañado por vaginosis bacteriana.	Antibióticos
	Viral ITS	Herpes de los genitales	Hormigueo, comezón o ardor en el área infectada; pequeñas ampollas dolorosas; dolor de cabeza, fiebre, malestar; ardor o picazón al orinar; a menudo no aparecen los síntomas.	Puede repetirse semanas o años después del tratamiento; los ataques pueden reaparecer durante estrés, menstruación o enfermedad.
Verrugas en los genitales		Crecimientos carnosos sin dolor, que pueden crecer solos o en grupos fuera de los genitales o dentro de la vagina donde son más difíciles de detectar.	Pueden regresar hasta después del tratamiento; el virus que causa verrugas en los genitales esta asociada con cambios precancerosos en el cuello uterino y cáncer del cuello uterino.	Se puede extirpar con métodos quirúrgicos o tratamiento tópico con químicos.
Hepatitis B (VHB)		Ictericia, cansancio, dolor abdominal, pérdida del apetito, náuseas, vómito; puede no causar síntomas.	No hay cura; puede conducir a hepatitis activa crónica, lesión hepática, cáncer y muerte.	El VHB puede ser prevenido a través de vacunarse -- particularmente importante para la gente con múltiples parejas sexuales.
VIH/SIDA (Virus de inmunodeficiencia humana/síndrome de inmunodeficiencia adquirida)		Infección inicial con VIH puede que no tenga síntomas o si los tiene puede incluir una enfermedad corta que parece resfriado; a medida que la enfermedad progresa, los síntomas pueden incluir pérdida de peso, cansancio, ganglios linfáticos inflamados, fiebre que indica infección oportunística (neumonía) severas erupciones hepáticas, cáncer de los ganglios linfáticos.	La mayoría de la gente con VIH desarrollarán SIDA, la cual es casi siempre mortal; los medicamentos pueden ayudar a retardar la enfermedad y ayuda a que los pacientes vivan más.	No hay cura; existen tratamientos preventivos para infección oportunística.

Prevención de ITS

- Anticonceptivos orales (pastillas), inyección (Depo Provera, Lunelle), parche (Evra) y el anillo (Nuva) no protegen contra el VIH y otras ITS.
- Siempre use un condón de látex durante el sexo. (para alérgicos con latex use condones de poliisotereína.)
- Condones femeninos están disponibles. (Nunca use condones de mujer y de hombre juntos.)
- Limite el número de parejas que usted tiene.
- Conozca la vida sexual de su pareja(s)
- Aprenda a reconocer los síntomas de las ITS y hágase una prueba si usted sospecha que fue expuesta o infectada.
- Pregúntele a su proveedor de la salud como usted puede proteger su salud sexual.

Quando se usa constantemente y correctamente, los condones de látex masculino son efectivos en prevenir la transmisión sexual de la infección del VIH y puede reducir el riesgo de otras ITS (por ejemplo, gonorrea, clamidia y tricomonas). Sin embargo, porque los condones no cubren todas las áreas expuestas, parecen ser más efectivos en prevenir infecciones transmitidas por fluidos de superficies mucosas (por ejemplo, gonorrea clamidia, tricomoniasis y VIH) que en prevenir aquellos transmitidos por contacto de piel con piel (por ejemplo el virus de herpes simple [VHS], VHP, sífilis y chancroides).

Consulte a su proveedor de la salud para información adicional.