



PUBLIC HEALTH

## SPECIAL CLINIC RECORD

1604 Sunrise Ave, Madera, CA 93638  
Office: (559) 675-7893 Fax: (559) 662-1568

Last Name (Apellido)	First Name (Nombre)	Gender M F	D.O.B (Fecha de Nacimiento)	AGE (Edad)	Race	Marital Status (Estado Marital)  S M SEP D W
Address (Domicilio)			Telephone (Teléfono)	Can Be Reached (Puede Comunicarse a)		
Passt VD HX (Ha tenido Infecciones Venéreas)			Allergies or Drug HX (Alergias a Las Drogas)			

### Authorization and Informed Consent for Treatment and Medical Services

1. By my signature below, I authorize and consent to allow the employees of the Madera County Public Health Department to provide laboratory testing and treatment service for sexually transmitted infections on my behalf.
2. I have been informed that if I have any questions regarding the nature of the laboratory test or treatment, its expected benefits, its risk and any alternate tests, I have been encouraged to ask those questions prior to signing the consent for these tests.

### Autorización y consentimiento informado para Tratamiento y Servicios Médicos

1. Por mi firma abajo, autorizo y doy consentimiento de permitir a los empleados del Departamento de Salud Pública del Condado de Madera, Para hacer exámenes de laboratorio y servicios de tratamiento para Infecciones por Transmisión Sexual.
2. He sido informado/a que si tengo alguna pregunta sobre la naturaleza del examen, laboratorio o tratamiento y sus beneficios o riesgos o otros exámenes alternativos, Me han animado/a a hacer esas preguntas antes de firmar los consentimiento para estos exámenes.

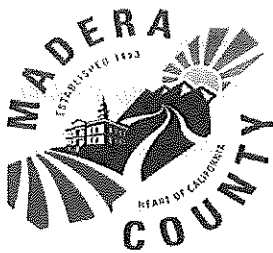
Date (Fecha) \_\_\_\_\_

Time (Hora) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Patients Signature (Firma)

\_\_\_\_\_  
Witness (testigo)

\_\_\_\_\_  
Physician/Nurse



**PUBLIC HEALTH**

## NOTICE OF PRIVACY PRACTICE

By signing this form, you acknowledge receipt of the *Notice of Privacy Practices* of the Madera County Public Health Department. Our *Notice of Privacy Practice* provides information about how we may use and disclose your protected information. We encourage you to read it in full.

Our *Notice of Privacy Practice* is subject to change. If we change our notice, you may obtain a copy of the revised notice by accessing our website: [www.maderacounty.com](http://www.maderacounty.com) or contact us at (559) 675-7893.

If you have any questions about our *Notice of Privacy Practices*, please contact:

**Public Health Director**  
**Madera County Department of Public Health**  
**1604 Sunrise Ave**  
**Madera, CA 93638**

I acknowledge receipt of the *Notice of Privacy Practices* of Madera County Department of Public Health.

**Patient's name:** \_\_\_\_\_

**Signature:** \_\_\_\_\_ **Date:** \_\_\_\_\_  
(Patient/Parent/Conservator/Guardian)

## INABILITY TO OBTAIN ACKNOWLEDGEMENT

Complete only if no signature is obtained. If it is not possible to obtain the individual's acknowledgement, describe the good faith efforts made to obtain the individual's acknowledgement, and the reasons why the acknowledgement was not obtained.

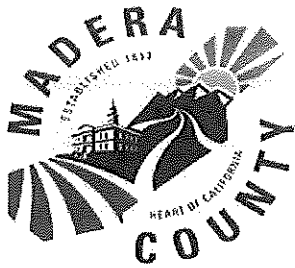
**Patient's Name:** \_\_\_\_\_

Reasons why the acknowledgement was not obtained.

Patient refused to sign this acknowledgement even though the patient was asked to do so and the patient was given the *Notice of Privacy Practices*.

Other: \_\_\_\_\_

**Signature of Provider representative:** \_\_\_\_\_ **Date:** \_\_\_\_\_



## **PUBLIC HEALTH**

## **AVISO DE NORMAS Y PRIVACIDAD**

Al firmar este formulario, usted acuse el recibo del *Informe de Aviso de Normas y Privacidad* del Departamento de Salud del Condado de Madera. Nuestro *Informe de Aviso de Normas y Privacidad* ofrece información acerca del modo en que podemos utilizar y divulgar su información médica protegida. Le recomendamos que lo lea por completo.

Nuestro *Informe de Aviso de Normas y Privacidad* está sujeto a cambio. Si hacemos modificaciones en el informe, usted puede obtener una copia del informe visitando nuestra página en la red: [www.maderacounty.com](http://www.maderacounty.com) o llamando al (559) 675-7893.

Si tiene alguna pregunta acerca de nuestro *Informe de Aviso de Normas y Privacidad*, puede comunicarse con:

**Public Health Director**  
**Madera County Department of Public Health**  
**1604 Sunrise Ave**  
**Madera, CA 93638**

Acuse el recibo del *Informe de Aviso de Normas y Privacidad* del Departamento de Salud Pública del Condado de Madera.

**Nombre del paciente:** \_\_\_\_\_

**Firma:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_  
(Paciente/Padre/o Madre/Guardián)

## **INCAPACIDAD DE OBTENER EL ACUSE DE RECIBO**

Complete solo si no obtiene la firma. Si no es posible obtener el acuse de recibo de la persona, describa las gestiones de Buena fe que ha realizado con el fin de obtener dicho acuso, y los motivos por el cual no fue obtenido.

**Nombre del paciente:** \_\_\_\_\_

Motivo por el cual no se obtuvo el acuse de recibo:

El paciente se negó a firmar este acuso de recibo a pesar de que se le solicito hacerlo y recibió El *Informe de Aviso de Normas y Privacidad*.

Otro motivo: \_\_\_\_\_

**Firma del representante del proveedor:** \_\_\_\_\_