

FAIRFAX COUNTY HEALTH DEPARTMENT – STI SERVICE SLIP

NOMBRE DEL CLIENTE: _____ **FECHA DE NACIMIENTO:** _____ / _____ / _____ **PIN:** _____

RETENCIÓN DE REGISTROS

Entiendo que los expedientes médicos se conservarán durante cinco años después del evento. En el caso de un menor de edad se mantendrá el registro 21 años después de su nacimiento.

CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE PARA RECIBIR ATENCIÓN PRIMARIA GENERAL

Por este medio autorizo a los médicos, enfermeros, enfermeros practicantes (Nurse Practitioners –NP) y a otros médicos proveedores de salud del Departamento de Salud del Condado de Fairfax (Fairfax County Health Department - FCHD) a examinar o realizar tratamientos a mi persona y/o a la persona a mi cargo, según se indica más arriba.

DOCUMENTACIÓN DE RECEPCIÓN DE LA NOTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS PRIVADAS

Confirmando haber recibido el aviso de prácticas de privacidad del Departamento de Salud del Condado de Fairfax (Fairfax County Health Department - FCHD).

Información de Seguro de Salud

Nosotros le cobraremos a su seguro de salud por los servicios que usted recibió hoy día, usted o el dueño de la póliza a la cual usted pertenece podrá recibir una explicación de su cobertura por correo de su compañía de seguro de salud. Si por alguna razón usted no quiere que le cobremos a su seguro de salud, por favor hable con uno de nuestros empleados sobre este asunto, sin embargo, usted será responsable por los pagos no cubiertos por su compañía de seguro de salud.

Yo autorizo que mi seguro de salud sea cobrado por los servicios que recibí hoy día: **SI / NO**

Nombre de la Compañía de Seguro de Salud: _____

Nombre del Dueño de la Póliza de Seguro: _____

NOTIFICACIÓN DEL CONSENTIMIENTO IMPLÍCITO PARA ANÁLISIS DE VIH, HEPATITIS B O HEPATITIS C

El artículo 32.1-45 del Código de Virginia (1950) y sus enmiendas obligan al Departamento de Salud del Condado de Fairfax (Fairfax County Health Department - FCHD) a notificarle lo siguiente:

Si algún profesional en atención médica, trabajador o empleado del Departamento de Salud del Condado de Fairfax (Fairfax County Health Department - FCHD) fuese expuesto directamente a su sangre o fluidos corporales de forma que se pudiera transmitir alguna enfermedad, se analizará su sangre para detectar si está infectada por el virus de inmunodeficiencia humana (el virus del "SIDA"), o por los virus de hepatitis B y C. Un médico u otro proveedor de atención médica le informarán el resultado de la prueba. En virtud del artículo 32.1-45.1(A) del Código de Virginia, se considera que usted ha otorgado su consentimiento para divulgar los resultados de la prueba a la persona expuesta.

Si usted resultara expuesto a la sangre o fluidos corporales de algún profesional en atención médica, trabajador o empleado del Departamento de Salud del Condado de Fairfax (Fairfax County Health Department - FCHD) directamente, de forma que se pudiera transmitir alguna enfermedad, se analizará la sangre de dicha persona para detectar si está infectada por el virus de inmunodeficiencia humana (el virus del "SIDA"), o por los virus de hepatitis B y C. Un médico u otro proveedor de atención médica le informarán el resultado de la prueba.

EXAMEN DE VIH

Si se realiza el examen de VIH, se le informará con anterioridad, se le brindará información acerca del examen y se le permitirá que se rehúse a someterse al examen. Todos los resultados se mantendrán en carácter de confidencialidad, con la excepción de las acciones permitidas por la ley.

Comprendo que este consentimiento permanecerá vigente mientras la persona a mi cargo o yo estemos recibiendo el cuidado de parte del Departamento de Salud del Condado de Fairfax (Fairfax County Health Department - FCHD) o hasta que yo lo retire.

Firma del paciente, padre o madre/tutor legal o persona que actúa en lugar de los padres.

Fecha de la firma

Relación (si la firma no es del paciente)

Firma de la persona que obtiene el consentimiento

NO HAY IDENTIFICACIÓN CON FOTO DISPONIBLE (Solo requerido si no hay ID de foto)

No puedo proporcionar una identificación con foto en este momento.

Firma del cliente, padre o madre/tutor legal o persona que actúa en lugar de los padres.

Fecha de la firma

**Gobierno de Virginia
Agencia de Certificación de Registro de Votante**

Si usted está registrado para votar en su dirección actual, le gustaría registrarse para votar aquí hoy? (Por favor marque solo una)

- Yo estoy registrado para votar en mi actual dirección, or No soy elegible para votar y no necesito una solicitud para registrarme para votar
- Si, me gustaría registrarme para votar. (por favor llene la solicitud de registro de votante)
- No, Yo no quiero registrarme para votar

Nombre

Firma

Fecha

BELOW TO BE COMPLETED BY HEALTH DEPARTMENT STAFF ONLY:

Exempt <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Income level: A B C D E F G	<input type="checkbox"/> Client Pay/Guarantor 1
<input type="checkbox"/> Private Insurance (see flow sheet)	<input type="checkbox"/> Medicaid/Guarantor 2	<input type="checkbox"/> Anthem/Guarantor 13
<input type="checkbox"/> Plan First/Guarantor 25 *NEEDS FAW	DNC <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
Return to clinic: 1 week 2 weeks 3 weeks 4 weeks other:		

EXEMPTIONS	POSTING CODES
DIS Referred	300
DIS Notified	310
Partner Referral	320
Private Provider Ref	330
CBO Walgreens/Ref	340
STI Treatment FU	350
Minor (<19 yrs. of age)	360

LABEL

TO BE COMPLETED BY HEALTH DEPARTMENT STAFF ONLY:

STI Office Visit Codes (for clinician use only)	CPT CODE	DX CODE (required)
Brief – NEW	99201	
Detailed – NEW	99202	
Intermediate – NEW	99203	
Brief – ESTABLISHED	99211	
Detailed – ESTABLISHED	99212	
Intermediate – ESTABLISHED	99213	

STI CLINIC SERVICES Enter Under Clinic Episode	CPT CODE	DX CODE	STI LAB SERVICES Enter under Lab Episode	CPT CODE	DX CODE
Destruction lesion anus - simple chem.	46900		CT/GC NAA (Urine, Genital, Rectal, Pharyngeal)	87491/ 87591	
Destruction lesion anus - extensive	46924		Trichomonas NAA	87661	
Destruction lesion penis - simple chem.	54050		Syphilis Screening (EIA <i>T. pallidum</i>) casc	86780	
Destruction lesion penis - extensive	54065		4 th Gen HIV 1,2 AG/AB w/reflX	87389	
Destruction lesion vulvar - simple chem.	56501		Wet Prep	87210	
Destruction lesion vulvar - extensive	56515		Gram Stain	87205	
Destruction lesion vaginal - simple chem.	57061		HBVcAb+HBsAb+HBsAg	86706, 86704, 87340	
Destruction lesion vaginal - extensive	57065		HCV Antibody reflex to NAA *	86803	
Lab Handling Fee	99000		Herpes I & II IgG serum *	86694	
Venipuncture	36415		Herpes II IgG serum *	86696	
Test Results/Education	LDSULT		Herpes Culture & Typing swab *	87255	
EXPEDITED PARTNER THERAPY			Pregnancy test urine	81025	
EPT CT meds provided	EPTCTDP	# ___ Partners	GC Culture Treatment Failure	87081/87184	
EPT GC meds provided	EPTGCDP	# ___ Partners	*CSM fee for client with insurance		

MEDICATIONS	CPT CODE	QTY	MEDICATIONS	CPT CODE	QTY	MEDICATIONS	CPT CODE	QTY	MEDICATIONS	CPT CODE	QTY
Amoxicillin 500mg	RD37		Ceftriaxone 250mg	R99		Gentamicin 80mg/2ml	J1580		Nystatin/Triam Cream (N)	R406	
Azithromycin 500mg	RD715		Clotrimazole Vaginal (N)	R529		Hydrocortisone Cream (N)	R263		Permethrin Cream (N)	R394	
Azithromycin 1gm Powder	R60		Clotrimazole Topical Cream (N)	RD53		Metronidazole 500mg(N)	R361A		Tolnaftate Cream (N)	RD317	
Bicillin 1.2 ml	RB1		Doxycycline 100mg	R185		Moxifloxacin 400mg(N)	RD576A				
Cefixime 400mg	R96A		Fluconazole 150mg (N)	R223		Nystatin Cream (N)	R402				

DIAGNOSIS CODE		DIAGNOSIS CODE	
Z11.3	Screening for infections with a predominantly sexual mode of transmission	A60.09	Herpes infection of urogenital tract
Z11.4	HIV testing	Z71.2	Person contact with infectious agent
Z20.2	Contact w/ & (suspect) exposure to infect. w/ a predominante sexual mode of trans.	B20	HIV disease
Z71.9	Counseling, unspecified	B35.6	Tinea cruris
N76.0	Bacterial vaginosis	B35.6	Tinea cruris
N76.1	Subacute and chronic vaginitis	B85.3	Phthiriasis (pubic lice)
B37.3	Candidiasis of vulva or vagina	B86	Scabies
A54.01	GC urethritis	D29.0	Benign neoplasm of penis (pearly penile papules)
A54.02	GC vulvovaginitis	L02.828	Furuncle of other sites
A54.5	Gonococcal pharyngitis	L30.9	Dermatitis
N34.1	Nonspecific urethritis (NGU)	L72.0	Follicular cyst of the skin and subcutaneous tissue, unspecified
A54.6	Gonococcal infection of anus and rectum	L73.1	Pseudofolliculitis barbae (ingrown hair)
A56.01	Chlamydia Urethritis	L91.8	Other Hypertrophic disorders of the skin – (skin tags)
A56.02	Chlamydial vulvovaginitis	N50.89	Genital ulcer (male); other specified disorder of male genital organs
A56.3	Chlamydial infection of anus and rectum	N73.9	Female pelvic inflammatory disease, unspecified
A56.4	Chlamydial infection of pharynx	A64	Unspecified sexually transmitted disease
A51.0	Primary genital syphilis	A60.02	Other male genital HSV
A51.1	Primary anal syphilis	N94.89	Genital ulcer (female); other specified disorder of female genital organs
A51.2	Primary syphilis (oral)	R36.9	Urethral discharge, unspecified
A51.39	Other secondary syphilis of skin	Z20.6	Contact with and (suspected) exposure to HIV
A51.5	Early syphilis, latent	Z21	Asymptomatic HIV infection
A52.8	Late latent syphilis	Z30.09	General counseling on contraceptive
A53.0	Latent, syphilis, unspecified as early or late	Z32.01	Pregnancy test, result positive
A59.09	Trichomonas cervicitis	Z32.02	Pregnancy test, result negative
A59.01	Trichomonal vulvovaginitis	Z71.7	HIV counseling
A59.03	Trichomonal cystitis and urethritis	Z72.51	High risk heterosexual behavior
A63.0	Anogenital (venereal) warts	Z72.52	High risk homosexual behavior
B08.1	Molluscum contagiosum	Z72.53	High risk bisexual behavior
A60.04	Herpes viral vulvovaginitis		Other:

LABEL

PHN Signature:	Date:
Interpreter Name & Number:	Date: