



# Community Health Services of Union County, Inc.

## Formulario Gratuito de Cribado Clínico

Fui referido aquí por: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Dirección de Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Número de Tel: (C) \_\_\_\_\_ (T) \_\_\_\_\_ Sexo:  Masculino  Femenino

Nombre del Empleador: \_\_\_\_\_ Retirado \_\_\_ Desempleado \_\_\_ Desabilitado \_\_\_

Número de personas que viven con usted: \_\_\_\_\_

Raza:  Asiático  Negro/Afr. Amer.  Hispano/Latino  Multi-Racial  Nativo Americano  Blanco  Otro

Ingreso:  \$0 to \$9,999  \$25,000 to \$34,999  \$75,000 to \$99,999  \$150,000 to \$199,999

\$10,000 to \$14,999  \$35,000 to \$49,999  \$100,000 to 149,999  \$200,000 or more

\$15,000 to \$24,999  \$50,000 to \$74,999

Seguro Medico (Por favor chequear todos los que aplican):  Medicare  Suplemento de Medicare

Medicaid  Seguro Privado  NC Health Choice  Ninguno

La última vez que vi a un proveedor fue \_\_\_\_\_. Certifico que no estoy ahora bajo el cuidado de un Proveedor de Atención Primaria de Salud.

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

### Consentimiento y autorización para obtener prueba sanguínea

Yo autorizo dar una prueba sanguínea para los exámenes requeridos. Yo eximo a Community Health Services y cualquier otra organización(es) asociadas con esta prueba de cualquier y toda responsabilidad. Yo entiendo que:

- (1) Esta prueba se hace con el propósito de control solamente, y que no se puede hacer un diagnóstico de ella.
- (2) La enfermera de CHS me explicará los resultados del examen.
- (3) Los resultados de mis exámenes son confidenciales y no serán divulgados a nadie de afuera más sin mi consentimiento escrito.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Inicial \_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_    Inicial \_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_    Inicial \_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_    Inicial \_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Inicial \_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_    Inicial \_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_    Inicial \_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_    Inicial \_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### AUTHORIZACION A COMMUNITY HEALTH SERVICES DE COMPARTIR MI INFORMACION

#### A QUIEN INTERESE:

Autorizo a Community Health Services, sus afiliados, agentes, y empleados a compartir con cualquier persona, firma, agencia u organización que Community Health Services crea razonable o necesario; parte o el total de mis registros, documentos, información, u opiniones, que puedan ser requeridos en relación con mi condición médica o financiera con el propósito de que yo, o mi familia pueda obtener ayuda médica o financiera.

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_