



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

¿Ha estado hospitalizado en los últimos 90 días?

Si _____ No _____ Fecha de hospitalización _____

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

Firma _____ 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 organizacion que Community Health Services crea razonable o necesario; parte o el total de mis registros, documentos, informacion, u opiniones, que puedan ser requeridos en relacion con mi condicion medica o financiera con el propósito de que yo, o mi familia pueda obtener ayuda medica o financiera.

Firma _____ Fecha _____