



Community Health Services of Union County, Inc.

Formulario Gratuito de Cribado Clínico

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 mas 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 _____