



Centro de Salud Comunitario del Condado de Unión

1338-C East Sunset Drive – Monroe, NC 28112

(T) 704-296-0909 (F) 704-296-0946 Info@chsuc.org CHSUC.org

Nombre del paciente (letra de molde)

Fecha De Hoy

- Los solicitantes no deben tener ningún seguro de cualquier tipo
- Los solicitantes deben tener de 18-64 años de edad
- Los solicitantes deben ser residente del condado de Unión, o de Anson
- Los solicitantes no deben tener ningún medico

Favor de asegurarse de incluir la siguiente información con la solicitud. Traiga la copia original de cada documento. El hecho de no traer la documentación, demora el proceso de solicitud y el tratamiento.

Copia de la tarjeta de seguro social (si tiene) del solicitante

Copia de identificación del solicitante

Comprobante de ingresos del hogar

Declaración de impuestos

Dos comprobantes consecutivos de salarios recibidos por el solicitante y otros miembros del hogar o una carta del empleador con el membrete de la empresa indicando el salario por hora y la cantidad de horas que trabajo por semana durante el mes anterior (si le pagan en efectivo)

Para los ingresos de empleo por cuenta propia, por favor haga una lista de todos los ahorros de los últimos 3 meses consecutivos y detalle todos los gastos de negocio de esos mismos meses.

Comprobante de ingresos del hogar no ganados, si son aplicables:

Carta de aceptación de cupones alimenticios (Food Stamps)

Pensión de niños (Child Support) de _____

Ingreso de seguro social de _____

Beneficios de desempleo de _____

Beneficios de compensación laboral de _____

Carta de apoyo de asistencia de vivienda

Copia de cuentas corriente y ahorro bancario de 2 meses consecutivos recientes. Ingresos provenientes de cuentas de ahorro a plazo fijo, inversiones, IRA's, 401K, etc.

Carta de negación de Medicaid corriente—¿Va a aplicar o está planeando aplicar para discapacidad? Sí No

Después de haber llenado su solicitud, llame a la clínica para hacer una cita para determinar su elegibilidad. Su aplicación será revisada, y si califica, le llamaran para hacerle una cita.

Sugerimos una donación de \$20.00 cada vez que tenga cita con el doctor (solamente en efectivo). Si su situación económica es precaria, por favor notifique al personal de la clínica. No le negaremos servicios a los pacientes, por falta de dinero.

NOTA:

- **Nosotros no llenamos papeles de discapacidad**
- **Los pacientes embarazadas se rán referidas al Departamento de Salud**
- **No recetamos narcóticos, ni mantenemos narcóticos en la clínica**

Centro de Salud Comunitario del Condado de Unión

1. Paciente no debe tener seguro médico, Medicaid, o Medicare, Beneficios de salud VA, ni beneficios de salud para discapacitados
2. Debe llenar todas las secciones de la solicitud y traer los formularios llenos con PRUEBA DE INGRESOS. Sus ingresos no pueden sobrepasar la suma predeterminada por esta clínica.
3. Debe presentar un documento de identificación con foto, y si tiene, su tarjeta de Seguridad Social.
4. Reservamos el derecho a determinar quién será elegible como paciente. Asimismo, reservamos el derecho a despedir un paciente que no acuda a sus citas y/o no cumpla con los reglamentos de la clínica. **Razones comunes de despido de pacientes:**

Ponga sus iniciales aquí

- a. _____ Si no acude a las citas. Requerimos que los pacientes llamen 24 horas antes de las citas si necesita cancelarlas y reprogramarlas.
- b. _____ El intento de obtener drogas. (narcóticos, medicina para el dolor, etc.)
- c. _____ Si el doctor considera que las necesidades del paciente serán mejor atendidas en otro lugar.
- d. _____ El paciente no cumple con las recomendaciones del proveedor

Esta clínica es una institución sin fines de lucro. Los proveedores de salud son voluntarios. Esta clínica depende de las donaciones de la comunidad, de organizaciones locales y de subvenciones para poder servir a sus pacientes. No está afiliada a ningún hospital o agencia gubernamental. Nuestros servicios se limitan a cuidados médicos básicos.

El Centro de Salud Comunitario del Condado Unión hará todo lo posible por atenderlo, PERO, a pacientes potenciales no se les garantiza o da derecho a servicios específicos.

Firmando este documento usted reconoce que entiende el contenido y se compromete a cumplir con reglamentos de la clínica. Usted también reconoce que toda la información que usted ha suministrado es verídica. Su información es confidencial y no se divulgará sin su autorización.

Firma del paciente _____ Fecha _____
Paciente/Representante Autorizado

Entiendo que esta clínica opera bajo un límite de disponibilidad. Es imposible que los doctores y el personal de voluntariado o estén disponibles 24 horas del día, 7 días por semana. Si yo alguna vez tuviera una emergencia médica después de horario de oficina, llamaré al 911 o iré a la sala de emergencia más cercana. Si necesito ayuda médica que no es de emergencia cuando la clínica esté cerrada, buscaré otras opciones medicas como en una clínica de urgencias local.

Firma del paciente _____ Fecha _____
Paciente/Representante Autorizado

*Si es el Representante Autorizado, por favor indique su relación con el paciente:

_____ Esposo/a _____ Padre _____ Otro (especifique)

Política: Elegibilidad de admisión

De acuerdo a la Misión de CHSUC, está claro que el propósito de esta clínica es atender a las necesidades de aquellos individuos, que, en virtud de su situación económica, no se pueden procurar el cuidado médico básico para ellos mismos y/o su familia. El área de servicio de la clínica está limitada a aquellos individuos que viven en el condado de Unión o en el condado de Anson.

Estándares de elegibilidad

El comité de revisión de elegibilidad de CHSUC está formado por personal voluntario, el Director Ejecutivo y el Director Médico. **El comité fijará y revisará anualmente el estado financiero y de elegibilidad.** No se espera que la clínica preste sus servicios a aquellos individuos que tengan cobertura de seguro privado o del gobierno o que sobrepasen el límite económico establecido por la clínica. El CHSUC se reserva el derecho a declinar servicios a cualquier paciente potencial que requiera un nivel de cuidado superior a las capacidades de la clínica. El estudio de elegibilidad se hace con cita previa. Durante la visita se hará una evaluación para determinar si el individuo reúne los requisitos para recibir cuidados de salud. Una vez tomada la decisión se le dará aviso al individuo. Si no fuere elegible, se documentará en la solicitud la razón de la negación y su solicitud se archivará por un año. El paciente potencial podrá volver a solicitar el servicio cada seis meses.

Procedimiento

Cuando un paciente llega a la clínica un miembro del equipo le dará la bienvenida y le pedirá que se registre. Si se le ha presado servicio en el *pasado*, el personal buscará su expediente y confirmará que la información en el registro del paciente sea correcta y actualizada.

Política de asignación del médico

Cuando un paciente llama para hacer una cita, se le asignará un proveedor de cuidado de la salud de acuerdo a las necesidades del paciente. Cuando el paciente regrese a la clínica, de ser posible verá al mismo proveedor, dependiendo de la disponibilidad.

Política de No-Discriminación

Community Health Services of Union County se conducirá de tal manera que, de acuerdo a la ley, no discrimine a ninguna persona por su raza, color, nacionalidad, sexo, edad, preferencia sexual (incluyendo identidad y expresión de género), estado civil, discapacidad, estatus de veterano o cualquier otro que prohíban las leyes federales, estatales o locales.

El criterio de elegibilidad para las clínicas gratuitas o para los programas educativos son exclusivos para las siguientes personas:

- Los solicitantes deberán no tener seguro médico de ningún tipo
- Los solicitantes deberán tener entre 18 y 64 años de edad
- Los solicitantes deberán ser residentes del condado de Unión, Carolina del Norte o Residentes del condado de Anson, Carolina del Norte.
- Los solicitantes deberán no tener ningún médico de atención primaria
- Los solicitantes deberán no tener diabetes gestacional.
- Los pacientes de maternidad son referidos al departamento de salud

Documento se queda con el solicitante

Adoptada por la mesa directiva del Centro de Salud Fecha: 21-Jul-2010 Actualizado 2/19/2019
Servicios Comunitarios de Salud (CHSUC)

Centro de Salud Comunitario del Condado de Unión

DECLARACIÓN DE LOS DERECHOS DEL PACIENTE

CHSUC respeta sus derechos como paciente, y reconoce que usted es una persona con necesidades de salud únicas. Debido a la importancia de respetar la dignidad personal de cada paciente, CHSUC brinda atención considerada y respetuosa, centrado en las necesidades individuales.

Información actualizada sobre su diagnóstico, tratamiento y los posibles resultados se pueden obtener de su médico o enfermera.

Usted puede tomar decisiones sobre su cuidado ", que incluye el derecho a rechazar un tratamiento" en la medida permitida por la ley. Su médico debe explicar las posibles consecuencias en caso de que rechazar el tratamiento

Privacidad y la confidencialidad se mantiene en todo momento. Información sobre su condición es estar disponible sólo para aquellos que están directamente involucrados en su cuidado diario. Si su visita no es el resultado de un accidente de registro público o lesión, usted puede prohibir la información de ser lanzado al público sobre su condición o su presencia aquí. Cualquier comunicación o registro relacionado con su cuidado debe ser tratada como confidencial, a menos que la ley exige su liberación como en la sospecha de abuso o riesgos para la salud pública de los casos.

Usted tiene el derecho de revisar los registros relacionados con su atención médica.

Si usted tiene alguna preocupación sobre su cuidado en CHSUC, el Director Ejecutivo está disponible para ayudarle. Su cuidado, o el de su familiar, no será afectad(o/a) negativamente como consecuencia de una queja.

Su seguridad personal es de suma importancia para nosotros. CHSUC mantiene a través de nuestras prácticas de la Clínica y el entorno ambiental.

Siempre que sea posible, las decisiones deben tomarse en el nivel más cercano al paciente, es decir, entre el paciente y el médico, o entre el tutor legal o representante legal de un paciente incapacitado legalmente o de otra manera incompetente y el médico.

El paciente puede optar por delegar la responsabilidad de las decisiones de tratamiento. Aunque la decisión para el tratamiento ha sido delegada, el tratamiento médico debe ser coherente con las opiniones del paciente.

Todos los miembros del equipo de salud deben estar alerta a señales de que el paciente no entiende claramente lo que se trata y llevar esto a la atención del médico. Puede ser aconsejable para obtener la consulta de otros profesionales de la salud, el traductor u otras personas importantes sancionadas por el paciente.

La información debe ser compartida para que el paciente pueda participar en las decisiones sobre su cuidado. El proceso debe incluir:

- Proporcionar información sobre la condición del paciente.
- Recomendar procedimientos y / o el tratamiento con sus beneficios y riesgos significativos.
- Alternativas significativas para el cuidado o tratamiento (incluyendo un tratamiento específico).
- La duración probable de la incapacidad en su caso.
- Si el paciente opta por un tratamiento que no es aceptable para el médico de cabecera u otros profesionales sanitarios, los profesionales de la salud pueden retirarse del caso, siempre y cuando la responsabilidad de la atención médica del paciente sea trasladado al cuidado de un médico alternativo o si se hace la referencia apropiada.
- Si el paciente decide a rechazar cualquier tratamiento o elige un curso de tratamiento no aceptable para el médico tratante, la documentación completa de la decisión debe ser colocado en el expediente del paciente.
- Si el paciente decide a rechazar cualquier tratamiento, el paciente o su sustituto debe ser informada de las posibles consecuencias médicas de su / su acción.
- El médico documento la elección del paciente de rechazar el tratamiento en las notas de la evolución del paciente. **El paciente se le pedirá que firme y feche El Formulario de Contra Consejo Médico (AMA).**

Adoptado por la Junta de Directores de el Centro de Salud Comunitario del Condado de Unión. Fecha: 07/21/10
Revisado 02/19/2019

Revisión ingreso mensual

Nombre: _____ Fecha: _____

Resumen mensual de ingresos y gastos

(Para trabajadores independientes enseñe los 3 últimos meses, para los demás 1 mes)

INGRESOS FAMILIAR EN EL MES (Mensuales)	Mes de	Mes de	Mes de
Ingreso bruto (que recibe y de miembros de la familia)	\$	\$	\$
Manutención de menores (que recibe)	\$	\$	\$
Pensión alimenticia (que recibe)	\$	\$	\$
Apoyo de familiares/ amigos	\$	\$	\$
Beneficios de desempleo (que recibe y de miembros de la familia)	\$	\$	\$
Cupones de comida, pensión por invalidez, seguridad de ingresos suplementarios (SSI), jubilación, ayuda de alquiler (HUD), asistencia social (Welfare), etc.	\$	\$	\$
Renta de ingreso de la propiedad	\$	\$	\$
Otro (por favor explique)	\$	\$	\$
Total de ingresos brutos mensuales	\$	\$	\$
Total de ingresos brutos anuales	\$	\$	\$
INFORMACIÓN BANCARIA (Mensual)			
Cuenta personal-Comprobación y Ahorro de Cuentas	\$	\$	\$
Depósitos: Cuenta de cheques/Mercado de valores/401K/ Otras Inversiones	\$	\$	\$
Depósitos: Cuenta de ahorros	\$	\$	\$
Cuenta de negocios:	\$	\$	\$
Depósitos: Cuenta de cheques	\$	\$	\$
Total de depósitos	\$	\$	\$
Total de ingresos brutos anuales	\$	\$	\$

Favor de incluir una copia de los documentos de arriba



Servicios de salud de la comunidad del Condado de Unión, Inc.

CARTA DE LA APOYO/ASISTENCIA DE VIVIENDA

Fecha: _____

Yo, _____ pago el alojamiento y pensión de
(nombre de la persona proporcionando ayuda financiera)

_____. No soy financieramente responsable por sus facturas
(nombre del dependiente/paciente)

de cada día, ni del pago de sus medicamentos. El costo de alojamiento y pensión es \$ _____
(valor en dólares)

al mes.

Firma Nombre Relación al paciente

Dirección física Número de teléfono

*** SI MÁS DE UNA PERSONA LE APOYA, NECESITA OBTENER UNA CARTA DE APOYO DE CADA UNO.**
Declaración de falta de ingreso: Si no tiene ningún ingreso mensual, lea y firme la siguiente declaración.

SI NO TIENE INGRESOS, POR FAVOR DÍGANOS CÓMO SE PAGAN SUS FACTURAS DE HOGAR. SI OTRA PERSONA PAGA LAS FACTURAS, PROPORCIONE UNA CARTA(S) FIRMADA (S) DE APOYO.

ES MUY IMPORTANTE QUE NOS DE LA INFORMACIÓN DE TODOS SUS INGRESOS. ESTA INFORMACIÓN NO LO DESCALIFICARÁ AUTOMÁTICAMENTE COMO PACIENTE. LAS DIRECTRICES DE INGRESOS SON PREDETERMINADAS POR ESTA CLÍNICA.

Yo, _____ actualmente no tengo ningunos ingresos, que incluyen, pero no se limita a: los salarios, beneficios de desempleo, invalidez, ingresos del trabajo por cuenta propia, Seguridad Social o jubilación. Entiendo que es mi responsabilidad de informar a los servicios de salud comunitarios el inicio de cualquier ingreso dentro de 10 días de su comienzo.

Con la firma de este documento estoy de acuerdo con que toda la información es exacta según mi leal saber y conocer.

Name _____ Signature _____ Date _____



COMMUNITY HEALTH SERVICES of Union County, Inc.
SERVICIOS de salud de la comunidad del Condado de Unión, Inc.
HISTORIAL MÉDICO

NOMBRE: _____ **FECHA DE HOY:** _____
Apellido Primer nombre Inicial del segundo nombre

FECHA de nacimiento (mm/dd/aaaa) _____ / _____ / _____ **edad** _____ **sexo:** Femenio _____
Masculino _____

Dirección física: _____
dirección ciudad estado código postal
PO Box (correo solamente) _____

Número de teléfono: _____
Casa Celular Trabajo

¿POR QUÉ LE GUSTARÍA HACER UNA CITA CON EL MÉDICO? (¿CUÁL ES EL PROBLEMA?)

Lista de medicamentos que está tomando (dosis y frecuencia) _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ Si hay más, siga escribiéndolas en una hoja aparte.	La reacción que ha tenido & lista de cualquier medicamento que usted es alérgico a _____ _____ _____ Lista de todas otras alergias: _____ _____ _____
Lista de medicina de venta libre o medicinas herbolarias que usa regularmente: _____ _____ _____ _____	Lista de todas hospitalizaciones y cirugías _____ _____ _____ fecha _____ _____ _____

Historia social ** Por favor sea honesto**

1. **¿Fuma? _____ Sí _____ No _____ Previamente?**
En caso afirmativo, cuántos paquetes por día _____ ¿y por cuántos años? _____

2. **¿Toma alcohol? _____ Sí _____ No _____ Previamente?**
En caso afirmativo, cuántos bebe por día _____
¿y cuántas bebidas por semana? _____

3. **¿Usa drogas? _____ Sí _____ No _____ Previamente? En caso afirmativo, ¿Cuáles? _____**
¿Ha compartido agujas? _____ Sí _____ No

HISTORIAL MÉDICO DEL PACIENTE Y DE SU FAMILIA

Por favor escriba “sí” en la columna marcada con “Si” si usted o algún familiar de sangre ha recibido tratamiento para la enfermedad mencionada y luego indique cuál es su parentesco. (Por ejemplo, yo, madre, padre, abuelo, tío, hermana, etc.)

ENFERMEDAD	Si	Parentesco de su familiar de sangre	ENFERMEDAD	Si	Parentesco de su familiar de sangre
Anemia			Hipertensión		
Artritis			Tiroides (Hipertiroidismo Hipotiroidismo)		
Asma			Hepatitis		
Infección de la vejiga			Dolor de cabeza o Migrañas		
Ceguera			Infarto		
Bronquitis			Fallo cardiaco		
Cataratas			Infecciones renales / piedras renales (en el riñón)		
Cirrosis hepática (en el hígado)			Convulsiones		
Diabetes: No-insulínica			Enfermedades de transmisión sexual		
Diabetes: Insulínica			Embolia/ derrame cerebral		
Enfisema			Tuberculosis		
Cáncer			Úlceras		
Osteoporosis			Colesterol alto		

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD

Por medio de la presente autorizo el uso o la divulgación de la información de salud que me puede identificar, tal y como se describe más abajo. Entiendo que, si la organización autorizada para recibir la información no es una compañía de seguros ni un proveedor de servicios médicos, la información divulgada no estará protegida por las leyes federales de privacidad.

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección del paciente: _____

Puede obtenerse información DE: *(para obtener su historial médico de sus proveedores de servicios médicos previos)*

Centro de Salud y/o nombre del médico:

Dirección _____

Teléfono: _____

Fechas de servicio solicitadas: De _____ A _____

Marque el tipo de información que se puede obtener (usada o divulgada): Notas de la oficina Resultados de Radiología /imágenes de las radiografías Resultados de patología/laboratorio Electrocardiogramas/monitores Otros (especifique) _____

Marque el propósito de la divulgación: Revisión médica Revisión legal Uso personal

Otros (especifique) _____

Puede darse información A:

Community Health Services of Union County, Inc

1338-C East Sunset Drive – Monroe, NC 28112

Tel: 704-296-0909 Fax: 704-296-0946

¿Recibirá el proveedor de servicios médicos que pide la autorización algún tipo de compensación económica o en especie a cambio del uso o la divulgación de la información de salud descrita más arriba? Yes No (Uso exclusivo de la oficina)

Entiendo que la información en mi historial médico puede contener información relacionada con el tratamiento de la adicción a l alcohol o a las drogas, la anemia de célula falciforme, trastornos psicológicos o psiquiátricos, enfermedades de transmisión sexual, síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), complejo relacionado con el SIDA (ARC por sus siglas en inglés) y/o virus de inmunodeficiencia humana (VIH). Entiendo que tengo el derecho a revocar esta autorización en cualquier momento notificando por escrito a la organización que proporciona la información. Entiendo que la revocación no aplica a la información que ya se ha divulgado en respuesta a esta autorización. Entiendo que la revocación no aplica a la compañía de seguros donde la ley le otorga a mi aseguradora el derecho a refutar un reclamo bajo mi póliza. Entiendo que la autorización para divulgar esta información médica privada es voluntaria. Puedo negar me a firmar esta autorización. Entiendo que puedo revisar u obtener una copia de la información que será usada o divulgada.

Nombre : _____ Firma: _____ Fecha: _____

(Paciente/Representante autorizado)

Centro de Salud Comunitario del Condado de Unión

Acuse de recibo del Aviso de las Prácticas de Privacidad

El centro de salud comunitario del condado de Unión me ha entregado una copia del aviso de las prácticas de privacidad detallando la forma en que mi información puede ser usada y divulgada de acuerdo con las leyes federales y estatales.

Firma: _____ **Fecha:** _____

Si no está firmada por el paciente, por favor escriba el nombre del paciente e indique su parentesco (por ejemplo, la madre, esposo(a) etc.).

Paciente: _____

Parentesco: _____

Autorización para Revelar Información de Salud Protegida

Yo autorizo la divulgación de mi información de salud protegida a las siguientes personas:

Nombre: _____ Parentesco: _____

Nombre: _____ Parentesco: _____

Nombre: _____ Parentesco: _____

Firma: _____ **Fecha:** _____

Si no está firmada por el paciente, por favor escriba el nombre del paciente y indique su parentesco (por ejemplo, la madre, esposo(a) etc).

Paciente: _____

Parentesco: _____

Centro de Servicios Comunitarios del Condado de Unión

Limitaciones del Servicio de Medicamentos Recetados

Entiendo que, debido a mi estado legal de no ciudadano ni residente de los Estados Unidos, el CHSUC solamente puede proveerme (si hay fondos disponibles):

- La atención médica que se considere necesaria por los médicos.
- Una sola vez, para 30 días de mis medicamentos con receta, mientras tengamos los fondos disponibles.

Entiendo que, debido a que no tengo número de seguro social, no reúno los requisitos del Programa Health Quest, el cual pudiera continuar surtiendo mi receta después de ese primer mes.

Por esta razón, yo me hago responsable del costo de todos y cada uno de mis medicamentos a partir del segundo mes, para poder controlar efectivamente mi enfermedad.

Nombre: _____ Fecha: _____

Testigo (Staff Witness): _____

Consentimiento para Obtener el Historial de Medicación

Nuestra práctica médica ha adoptado un sistema de registro médico electrónico para mejorar la calidad de nuestros servicios. Este sistema también nos permite recolectar y revisar su "historial de medicamentos". Un historial de medicamentos es una lista de medicamentos recetados por nosotros u otros médicos recientemente.

Un historial preciso de medicamentos es muy importante para ayudarnos a tratarlo adecuadamente y para evitar interacciones de medicamentos que potencialmente podrían ser peligrosas.

Al firmar este formulario de consentimiento, nos da permiso para recolectar esta información y le da permiso a su farmacia para divulgar información sobre sus recetas que se han llenado en cualquier farmacia. Esto incluye los medicamentos recetados para tratar el SIDA / VIH y los medicamentos utilizados para tratar condiciones de salud mental, como la depresión. Esta información se convertirá en parte de su registro médico.

El historial de medicamentos es una guía útil, pero puede ser que no sea completamente precisa. Su historial de medicamentos puede ser que no incluya medicamentos de venta libre, suplementos o remedios herbales. Todavía es muy importante que nos tomemos el tiempo para analizar todo lo que está tomando y para que nos indique cualquier error en el historial de medicamentos.

Doy permiso para que obtenga mi historial de medicamentos en mi farmacia.

Nombre _____

Fecha _____

Firma _____

Testigo de la clínica _____

Centro de Salud Comunitario del Condado de Unión

Política de ausencia sin notificación previa

El Centro de Salud Comunitario del Condado de Unión es una organización operado por personal y voluntarios de la comunidad a brindar cuidados médicos a personas sin seguro en el condado de Unión & condado Anson . Como organización privada, hemos creado una normativa que usted necesita entender y estar de acuerdo con ella para asegurarnos de que exista una relación de respeto mutuo entre nosotros:

(Por favor escriba sus “iniciales” después de leer cada punto y estar de acuerdo con ello.)

1) Yo avisaré a CHSUC si sé que no podré llegar a asistir a mi cita por lo menos con 24 horas de anticipación para que durante la hora de mi cita se pueda atender a otro paciente que lo necesite. _____

2) Yo mantendré y llegare a tiempo a todas mis citas con mi médico. Yo entiendo que la clínica me dará de alta como un paciente si no cumplo con tres (3) citas programadas sin notificación previa en un calendario anual. _____

3) Entiendo que CHSUC me dará de alta como un paciente si no complo sin avisar atres (3) eitas programadas dentro de un año. _____

4) Entiendo que la programación de citas se basa en la disponibilidad de los voluntarios, que puede haber retrasos y que ocasionalmente sea necesario reprogramar o ver a otro doctor. _____

5) Estoy de acuerdo en avisarle inmediatamente a CHSUC de cualquier cambio en mi(s) número(s) de teléfono, dirección física, información de empleo, cambio en mis ingresos, o si obtengo seguro médico. _____

6) Entiendo que se me dará de baja de la clínica inmediatamente si no puedo seguir los lineamientos o si soy descortés con el personal o con los voluntarios. _____

Firma del paciente _____ Fecha _____

En nombre de todos nuestros voluntarios y nuestro personal, estamos muy contentos de poderle ayudar con sus necesidades de servicios médicos. Esperamos que vea en nosotros a profesionales que se preocupan por su salud. Por favor dígales a otras personas sin seguro de nuestra disponibilidad y deseo de servir a las personas sin seguro del condado de Unión y condado de Anson.

El personal de CHSUC

Revisado/testigo de la clínica _____ Fecha _____

Adoptado por la Junta de Directores de Community Health Services . Fecha: 08/30/2017 (Revisado 2/19/2019)