



# Community Health Services of Union County, Inc.

## Formulario Gratuito de Cribado Clínico

Fui referido aquí por: \_\_\_\_\_

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

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

Condado: \_\_\_\_\_ Unión Carolina del Norte \_\_\_\_\_ Anson Carolina del Norte  
\_\_\_\_\_ Chesterfield, Carolina del Sur \_\_\_\_\_ Lancaster, Carolina del Sur

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

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

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

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

Raza:  Asiatico  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  Carta de la apoyo/asistencia de vivienda

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 \_\_\_\_\_