



Gracias por elegir Community Health Center of Southeast Kansas, Inc. (CHC/SEK) para cubrir las necesidades de atención médica de su hijo. La(s) clínica(s) de salud escolar de CHC/SEK está(n) disponible(s) para todos los estudiantes. Al completar este formulario, usted colabora con CHC/SEK para cuidar mejor a su hijo. Si tiene alguna pregunta, llame al 620.240.5061. Complete este formulario con tinta.

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre legal completo

Apellido(s):	Nombre:	Segundo nombre:
--------------	---------	-----------------

Fecha de nacimiento _____ Masculino Femenino Número de Seguro Social _____

Dirección postal _____ Ciudad _____

Estado y Código postal _____ Dirección de correo electrónico _____
Número de teléfono _____

¿Desea acceder a sus registros médicos electrónicamente? Sí No
(En caso afirmativo, usted recibirá un correo electrónico, en la dirección de correo electrónico indicada anteriormente, de CHC/SEK con su información de inicio de sesión y la URL de inicio de sesión).

Método preferido de comunicación para recordatorios de citas: Mensaje de texto Llamada telefónica

Nombre de la escuela _____

Nivel de Grado del Paciente: _____ Ubicación de la escuela (ciudad, estado): _____

Raza:

- Indígena americano/Nativo de Alaska
- Asiático
- Nativo de Hawái
- Negro o afroamericano
- Blanco
- Nativo de las islas del Pacífico
- Otra raza

Etnia:

- Hispano/Latino
- No Hispano/Latino

Idioma preferido

- Inglés
- Español
- Otro _____

Si no tiene hogar, marque si es:

- En situación de calle
- Vivienda compartida
- En vivienda de transición
- En un refugio
- Otro

Aparte de la(s) clínica(s) de salud escolar(es) de CHC/SEK, ¿a quién utiliza el paciente para su atención médica? (Marque las opciones que correspondan) CHC/SEK Otro: _____ N/C

CUIDADOR RESPONSABLE

Nombre _____
Fecha de nacimiento _____
Parentesco con el paciente _____
Dirección postal _____
Ciudad, Estado, Código postal _____
Número de teléfono _____

Nombre _____
Fecha de nacimiento _____
Parentesco con el paciente _____
Dirección postal _____
Ciudad, Estado, Código postal _____
Número de teléfono _____

(Si el cuidador o los cuidadores responsables son padres adoptivos o entornos fuera del hogar, proporcione la documentación adecuada que evidencie el sitio y la documentación apropiada que confirme quién tiene la autoridad para tomar decisiones médicas en nombre del paciente).

CONTACTO DE EMERGENCIA

En caso de emergencia, ¿a quién debemos contactar? _____

Parentesco con el paciente: _____ Número de teléfono: _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO (Marque las opciones que correspondan)

- KanCare (Aetna, Sunflower, United HealthCare) Seguros comerciales
- Kansas Farmworker Health Program Medicare
- Sin seguro médico (el personal está disponible para ayudar a determinar si usted es elegible para obtener cobertura) Otro Medicaid

Seguro principal

Plan de seguro _____
Número de identificación de afiliado _____
Número de grupo _____

Información del titular de la póliza:

Nombre completo _____
Fecha de Nacimiento _____
Número de Seguro Social _____
Parentesco con el paciente _____
Empleador _____

Seguro secundario

Plan de seguro _____
Número de identificación de afiliado _____
Número de grupo _____

Información del titular de la póliza:

Nombre completo _____
Fecha de Nacimiento _____
Número de Seguro Social _____
Parentesco con el paciente _____
Empleador _____

Farmacia: _____

Nombre

Ciudad y Estado

**Apothecare, ubicada en las clínicas Pittsburg, Fort Scott, Pleasanton, Iola y Columbus de CHC/SEK, es la farmacia preferida de CHCSEK.