



Gracias por elegir a CHC/SEK, Inc. (CHC/SEK) para sus necesidades de salud. Clinica(s) escolares de CHC/SEK están disponibles para todos los estudiantes. Si usted tiene alguna pregunta llame al 620.240.5061. Por favor complete este formulario en tinta.

INFORMACION DEL PACIENTE

Nombre Legal Completo

Apellido: _____ Primer Nombre: _____ Segundo Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Masculino Femenino Numero de Seguro Social _____

Dirección para correo _____ Ciudad _____

Estado y Código Postal _____ Correo Electrónico _____ Numero de Teléfono _____

¿Quiere acceso a su expediente médico electrónicamente? Sí No

Si es así, usted recibirá un correo electrónico, la dirección de correo electrónico enumerado anteriormente, de CHC/SEK con su información de acceso y el URL de inicio de sesión.)

Método preferido de comunicación para recordatorios de cita: Texto Llamada Telefónica

Raza:

- Indio Americano/Alaska
- Asiático
- Hawaiano Nativo
- Negro o Afroamericano
- Blanco/Hispano
- Islas del Pacifico
- Otra Raza

Etnicidad:

- Hispano/Latino
- No Hispano/Latino

Lenguaje Preferido

- Ingles
- Español
- Otro _____

Si usted no tiene hogar.:

- En la Calle
- Viviendo con otros en la misma casa
- Casa de transición
- En un albergue
- Otro

¿Aparte de la(s) clínicas escolares de CHC/SEK, a quien usa el paciente para su atención medica? (Marque todos los que aplican) CHC/SEK Otro: _____ N/A

ENCARGADO RESPONSABLE DE CUIDADO

Nombre _____
Fecha de Nacimiento _____
Relación al Paciente _____
Dirección de Correo _____
Ciudad, Estado, Código Postal _____
Numero de Teléfono _____

Nombre _____
Fecha de Nacimiento _____
Relación al Paciente _____
Dirección de Correo _____
Ciudad, Estado, Código Postal _____
Numero de Teléfono _____

(Si la persona responsable es un padre de crianza o colocación fuera del hogar, favor de proporcionar documentos apropiados que muestran la colocación y el papeleo apropiado mostrando que tiene autoridad para tomar decisiones medicas en nombre del paciente.)

CONTACTO DE EMERGENCIA

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

Relación al Paciente: _____

Numero de Casa _____ Numero Celular _____ Numero de Trabajo _____

Please Complete the Back of Form

INFORMACION DE SEGURO MEDICO (marque todas las que aplican)

KanCare (Aetna, Sunflower, United HealthCare)

Otro Medicaid

Sin Seguro Médico (Tenemos personal disponible para ayudar a determinar si usted es legible para cobertura)

Seguro Comercial

Medicare

Seguro Primario

Plan de Seguro _____

Numero de ID del Asegurado _____

Numero de Grupo _____

Información del Dueño de la Póliza:

Nombre Completo _____

Fecha de Nacimiento _____

Número de Seguro Social _____

Relación al Paciente _____

Empleador _____

Seguro Secundario

Plan de Seguro _____

Numero de ID del Asegurado _____

Numero de Grupo _____

Información del Dueño de la Póliza:

Nombre Completo _____

Fecha de Nacimiento _____

Número de Seguro Social _____

Relación al Paciente _____

Empleador _____

Farmacia: _____

Nombre

Ciudad y Estado

* Apothecare, localizada físicamente adentro de la clínica CHC/SEK en Pittsburg, es la farmacia preferida de CHCSEK en Pittsburg.

* Prescription Shop, localizada físicamente en 601 W. 11th St., es la farmacia de CHCSEK en Coffeyville preferida.