



Community Health Center of Southeast Kansas

Gracias por elegir a CHC/SEK para sus necesidades de salud. Tenga en cuenta que toda la información proporcionada por usted se mantendrá estrictamente confidencial en conformidad con las leyes federales de privacidad. Si usted tiene alguna pregunta o necesita ayuda, por favor pregunte a la recepcionista o llame al 620-231-9873. Por favor complete este formulario en tinta.

INFORMACION DEL PACIENTE

Nombre Legal Completo

Apellido:	Primer Nombre:	Medio Nombre:
-----------	----------------	---------------

Dirección para correo _____ Ciudad _____

Estado & Código _____

Teléfono de casa _____ Celular _____ Teléfono de trabajo _____

Método preferido de comunicación para recordatorios de sus citas: Texto Llamada de Teléfono

Fecha de Nacimiento _____ Masculino Femenina Número de Seguro Social _____

Marital Status:

- Divorciado
- Casado
- Pareja
- Soltero/a
- Viudo
- Separado Legalmente

Estatus de Empleado:

- Empleado Tiempo Completo
- Empleado Medio Tiempo
- Desempleado
- Empleo Propio
- Jubilado

Estatus de Estudiante:

- Estudiante Tiempo Completo
- Estudiante Medio Tiempo
- No estoy en la escuela

PARTIDO RESPONSABLE (Niños menores de 18 años de edad o adultos con poder notarial)

Nombre _____ Dirección de correo _____

Ciudad, Estado, Código Postal _____

Relación al Paciente _____ Fecha de Nacimiento _____ # de Seguro Social _____

CONTACTO DE EMERGENCIA

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

¿Relación? _____

#de casa _____ #de celular _____ # de trabajo _____

Por favor complete la parte posterior de esta forma

INFORMACION DE SEGURO MEDICO

Marque todas las que apliquen:

Ningún seguro Medico

Le gustaría hablar con un navegador de paciente para mirar si es elegible para Medicare Parte D, Medicaid o Seguro Médico por el Mercado de Seguro Medico

Sí No

KanCare (Amerigroup, Sunflower, United HealthCare)

Otro Medicaid (Oklahoma o Missouri)

Medicare Suplemento de Medicare

Accidente Automovilístico Compensación al trabajador

Seguro Médico Comercial Otro Accidente

Por favor proporcione la información de su seguro abajo

Por favor provee a la recepción su tarjeta de seguro médico para propósitos de facturas.

Seguro Primario

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 _____

Empleado _____

Plan de Seguro _____

Numero de ID del Miembro _____

Numero de Grupo _____

Información del dueño de la Póliza:

Nombre Completo _____

Fecha de Nacimiento _____

Número de Seguro Social _____

Relación al Paciente _____

Empleado _____

Dirección de Correo Electrónico _____

Raza:

Indio Americano/Alaska

Asiático

Hawaiano Nativo

Negro o Afroamericano

Blanco

Hispano

Otra Raza

Islas Del Pacifico

Etnicidad:

Hispano/Latino

No Hispano/Latino

Lenguaje preferido

Ingles

Español

Otro _____

Veterano:

Si

No

Si usted no tiene hogar, está usted:

En la calle

Viviendo con otros en la misma casa

Casa de transición

En un albergue

Otro

¿Usted o alguien en su hogar ha trabajado en agricultura, tal como la siembra, cultivo, o recolección de productos de la agricultura (frutas, verduras, granos, o productos lácteos) en los últimos 2 años como un?:

Trabajador Temporal

Trabajador Migrante

Farmacia: _____

Nombre

Ciudad & Estado

Apothecare, localizado junto la entrada principal de la clínica principal en 3011 N calle Michigan, es la farmacia preferida de CHC/SEK.