



# Community Health Center of Southeast Kansas

Gracias por elegir a Community Health Center de Southeast Kansas, Inc. (CHC/SEK) para sus necesidades de atención médica. 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 al 620-231-0973. Por favor complete este formulario en tinta.

## INFORMACION DEL PACIENTE

Nombre legal completo (Imprimido)

Apellido:	Primer Nombre:	Segundo Nombre:
-----------	----------------	-----------------

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_

Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_ Correo Electrónico \_\_\_\_\_

¿Usted quiere tener acceso a su expediente médico electrónicamente?  Sí  No

Si si, usted recibirá un correo electrónico, al correo electrónico escrito arriba, de CHC/SEK con su información para entrar y también el URL. (Si es así, usted recibirá un correo electrónico, la dirección de correo electrónico escrito anteriormente, de CHC/SEK con su información de acceso y el URL de inicio de sesión.)

Teléfono de Casa \_\_\_\_\_ Teléfono celular \_\_\_\_\_ Teléfono de Trabajo \_\_\_\_\_

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

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Masculino  Femenino  Numero de Seguro Social \_\_\_\_\_

### Estado Marital:

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

### Estado de Empleo:

- Servicio Activo Milita
- Empleado de Tiempo Completo
- Empleado de Medio Tiempo
- Empleado Propio
- Jubilado/a
- Desempleado

### Estado Estudiantil:

- Estudiante Tiempo Completo
- Estudiante Medio Tiempo
- No está en la Escuela

**Cuidador Responsable** (Niños menores de 18 años de edad o adultos con poder notarial) (Los niños menores de 18 años de edad, por favor indique dos cuidadores responsables)

Nombre: \_\_\_\_\_

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

Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_

Relación al Paciente: \_\_\_\_\_

Dirección de Correo: \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado, Código Postal: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

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

Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_

Relación al Paciente: \_\_\_\_\_

Dirección de Correo: \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado, Código Postal: \_\_\_\_\_

(Si el cuidador responsable es un padre de crianza o colocación fuera del hogar, inmediatamente entregue el papeleo apropiado que mostrara la colocación y el papeleo apropiado mostrando que usted tiene la autoridad para tomar decisiones médicas en nombre del paciente.

**Por favor complete la parte posterior de esta forma**

**CONTACTO DE EMERGENCIA**

¿En caso de una emergencia a quien podemos contactar? \_\_\_\_\_

¿Relación? \_\_\_\_\_

Teléfono de Casa \_\_\_\_\_ Teléfono Celular \_\_\_\_\_ Teléfono de Trabajo \_\_\_\_\_

**INFORMACION FINANCIERA** (Por favor llene para ayudar a determinar si usted es elegible para descuentos médicos)

Personas en la familia/hogar: 1 2 3 4 5 6 7 8 Otros \_\_\_\_\_

Ingreso estimado de la familia/hogar: \_\_\_\_\_

**INFORMACION DE SEGURO MEDICO**

**Marque todas las que le apliquen:**

Sin Seguro de Salud (Navegadores de paciente están disponibles para ayudar a determinar si usted es elegible para cobertura o descuentos médicos)

KanCare (Amerigroup, Sunflower, United HealthCare)

Seguro Médico Comercial

Otro Medicaid

Medicare

Suplemento de Medicare

Accidente Automovilístico

Compensación del Trabajador

Otro Accidente

**Proporcione la información del seguro abajo. Por favor proporcione a la recepción su tarjeta de seguro para fines de facturación.**

**Seguro Primario**

**Seguro Secundario**

Plan de Seguro \_\_\_\_\_

Plan de Seguro \_\_\_\_\_

Numero de ID del miembro \_\_\_\_\_

Numero de ID del miembro \_\_\_\_\_

Numero de Grupo \_\_\_\_\_

Numero de Grupo \_\_\_\_\_

**Información del titular de la Póliza:**

**Información del Titular de la Póliza:**

Nombre Completo \_\_\_\_\_

Nombre Completo \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social \_\_\_\_\_

Relación al Paciente \_\_\_\_\_

Relación al Paciente \_\_\_\_\_

Empleador \_\_\_\_\_

Empleador \_\_\_\_\_

**Raza:**

Indio Americano/Alaska

Asiático/a

Nativo Hawaiano/a

Negro o Africano Americano

Blanco/a

Hispano/a

Otra Raza

Isla Pacifica

**Etnicidad:**

Hispano/Latino

No Hispano/Latino

**Lenguaje Preferido:**

Ingles

Español

Otro \_\_\_\_\_

**Veterano:**

Si

No

**Si usted está sin hogar, usted esta:**

En la calle

Viviendo con otros en la misma casa

En Hogar de Transición

En un Refugio

Otro

Usted o alguien en su familia ha trabajado en la agricultura, tales como siembra, cultivo, o cosecha (frutas, verduras, cereales o lácteos) en los últimos dos 2 años como:

No Aplicable

Trabajador Temporal

Trabajador Migrante

**Farmacia:** \_\_\_\_\_

Nombre

\_\_\_\_\_

Ciudad y Estado

\*\*Apothecare, esta físicamente localizado adentro de CHC/SEK en las clínicas de Pittsburg y lola, es la farmacia preferida de CHC/SEK.  
Rev. 5/2018