

Western North Carolina Community Health Services, Inc

Formulario de inscripción médica

INSTRUCCIONES: Lea Cuidadosamente. Por favor provea toda la información requerida en este formulario. (Escriba en letra de molde). Una vez completada tome uno de los siguientes pasos:

Entregarla personalmente en la recepción de **Western North Carolina Community Health Services.**

Dejarla en el buzón que esta asignado como "Enrollment Forms Only", localizado fuera del edificio en la entrada principal de **Western North Carolina Community Health Services, 257 Biltmore Ave., Asheville, NC.**

(Disponible las 24 horas los 7 días de la semana)

Enviarla por correo a: **WNCCHS, PO Box 338, Asheville, NC, 28802.**

Le llamaremos para programar su cita a medida que las citas estén disponibles.

Nombre del Paciente: _____

Apellidos del Paciente: _____

Fecha de Nacimiento del Paciente (Mes, Día , Año): _____

Dirección Física del Paciente: _____

Numero de Teléfono del Paciente (_____) _____

Correo Electrónico del Paciente: _____

Seguro de Salud? No _____ Si _____ (nombre del plan): _____

Por favor escoja un método de comunicación para recordatorio de sus citas.

Teléfono Texto Correo Electrónico

1) Idioma Preferido del Paciente: Español__ Otro __ (Especifique): _____

2) Esta usted buscando atención especializada durante el proceso transgenero? Si _____ No _____

3) ¿Está buscando atención a Ryan White / VIH? Si _____ No _____

4) ¿Está buscando atención o tratamiento para la hepatitis C? Sí _____ No _____

Le gustaría dejarnos saber algo mas? (Opcional) _____

Firma del Paciente o Representante Legal: _____

Fecha: _____