

Western NC Community Health Services, Inc.

Medical Enrollment  Dental Enrollment (Check all the apply)

**INSTRUCTIONS: Read carefully.** Provide **ALL** the information requested. Print clearly in ink. After completing it, return the Enrollment Form by doing any one of the following:

- Handing it to any Western NC Community Health Services front desk or security staff member.
- Placing it in the box labeled “Enrollment Forms Only”, located outside the main entrance (west side) of the **Western NC Community Health Services, 257 Biltmore Ave., Asheville, NC.**  
(This is available 24/7.)
- Sending through U.S. mail to: **WNCCHS, PO Box 338, Asheville, NC, 28802.**

We will call you to schedule your appointment as appointments become available.

**Applicant’s First Name:** \_\_\_\_\_

**Applicant’s Last Name:** \_\_\_\_\_

**Applicant’s Date of Birth:** \_\_\_\_\_

**Applicants’ Mailing Address:** \_\_\_\_\_

**Applicant’s Phone Number ( \_\_\_\_\_ )** \_\_\_\_\_

**Applicant’s e-mail address:** \_\_\_\_\_

**Insurance? N\_\_\_\_\_ Y\_\_\_\_\_ (plan name):** \_\_\_\_\_

**For Patient Appointment reminder please check the preferred method below**

Phone  Text  Email

1) Applicant’s preferred language is: English\_\_ Other\_\_ (specify): \_\_\_\_\_

2) Are you seeking transgender affirming care? Y\_\_\_\_\_ N\_\_\_\_\_

3) Are you seeking Ryan White / HIV care? Y\_\_\_\_\_ N\_\_\_\_\_

Is there anything else you would like us to know? (Optional) \_\_\_\_\_

**Signature of applicant or guardian/legal representative:** \_\_\_\_\_

**Date:** \_\_\_\_\_

Western NC Community Health Services, Inc.

**Inscripción Médica**    **Inscripción Dental (Seleccione todo lo que corresponda)**

**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 NC Community Health Services**.
- Dejarla en el buzón que está asignado como “Enrollment Forms Only”, localizado fuera del edificio en la entrada principal de **Western NC 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 \_\_\_\_

Le gustaría dejarnos saber algo mas? (Opcional) \_\_\_\_\_

**Firma del Paciente o Representante Legal:** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_

(V2082322ER)