



FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

Community Medical Wellness Centers, Estados Unidos, (CMWC) intenta proporcionar servicios de bajo costo o sin costo a la comunidad. CMWC es un Centro de Salud Federalmente Calificado y ESTA OBLIGADO a obtener la siguiente información sobre todas las personas que usan los servicios en CMWC, sin importar cuál sea el servicio. Tómese un momento para responder a las siguientes preguntas con la mayor precisión posible. Esta información se mantendrá confidencial. Solo tiene que completar este formulario una vez (cada año) para cada tipo de servicio / programa.

INFORMACIÓN PARA EL PACIENTE

Nombre: _____ Segundo nombre: _____ Apellido: _____

Fecha de nacimiento: _____ Social Seguridad #: _____

Dirección: _____ Código postal: _____

Ciudad Estado

Teléfono residencial #: _____ Mensaje/Otro teléfono

#: _____

Género (debe seleccionar uno):

Mujer Hombre Transgénero (FtoM) Transgénero (MtoF) Elija no revelar Otro(a) _____

Orientación sexual (debe seleccionar una):

Heterosexual Lesbiana o Gay Bisexual No lo saben Elija no revelar Otro(a): _____

Raza (debe seleccionar una):

Hawái nativo Otros isleños del Pacífico Asiático Negros/Afroamericano Blanco

Indio americano/Nativo de Alaska Más de una carrera Negarse a denunciar/Otro: _____

Etnia hispana/latina (debe seleccionar una):

¿Te consideras hispano, latino o chicano? Sí No

Idioma hablado en casa: _____

¿Cuántos miembros de la familia hay en el hogar? _____

Ingreso total del hogar: incluye beneficios de seguridad social / discapacidad / desempleo, manutención infantil, pensión alimenticia, etc. recibidos (No puede ser \$0 – debe informar cómo te estás manteniendo):

\$_____ (seleccione uno) Semanalmente Cada dos semanas (quincenal) Mensual Anualmente

¿Eres un Veterano(a)? Sí No ¿Es usted un trabajador agrícola migrante o estacional? Sí No

¿Tiene un contrato de arrendamiento o hipoteca de inquilino a su nombre o a nombre de su cónyuge/pareja? Sí No

Seguro: Medicare Medi-Cal Pago por cuenta propia (efectivo) Ninguno

Programa Público: _____ Privado

(especifique): _____

INFORMACIÓN DE CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre: _____ **Relación:** _____ **Teléfono**
#: _____

Dirección: _____

SI EL PACIENTE ES MENOR DE EDAD: Por favor, enumere los nombres de los padres que son responsables de este responsables de este niño.

Nombre: _____ **Fecha de**
nacimiento: _____

Relación: Padre Guardián

Nombre: _____ **Fecha de**
nacimiento: _____

Relación: Padre Guardián

Afirmo que las declaraciones hechas en este documento son verdaderas y correctas a mi leal saber y entender.

Firma del paciente / persona responsable

Fecha



After-Hours Care

For emergencies, please dial 911 or go to your nearest hospital emergency room.

CMWC ensures that our patients can speak with an on-call provider after business hours.

To reach the on-call provider, simply call (562) 270-0324 and stay on the line, you will then be directed to our after-hours answering service. Simply inform the operator that you need to speak to a provider, and you will be asked for the patient’s full name, date of birth, and contact # to be called back.

ATENCIÓN FUERA DEL HORARIO REGULAR

Para emergencias, marque el 911 o vaya a la sala de emergencias del hospital más cercano.

CMWC se asegura de que nuestros pacientes puedan hablar con un proveedor de guardia después del horario comercial.

Para comunicarse con el proveedor de guardia, simplemente llame al (562) 270-0324 y permanezca en la línea, luego lo dirigirán a nuestro servicio de mensajes después de las horas normales de consulta. Simplemente informe al operador que necesita hablar con un proveedor y se le pedirá el nombre completo del paciente, la fecha de nacimiento y el número de contacto para que le devuelvan la llamada.

ការថែទាំក្រៅម៉ោងធ្វើការ

សំរាប់ការជាបន្ទាន់, សូមចុចទៅលេខ 911 ឬក៏ ទៅកាន់បន្ទប់សង្គ្រោះបន្ទាន់នៅមន្ទីរពេទ្យដែលនៅជិតអ្នកបំផុត។

CMWC ធានាបានថាអ្នកជំងឺរបស់យើងអាចនិយាយជាមួយគ្រូពេទ្យប្រចាំការ នៅក្រោយម៉ោងធ្វើការ ។

ដើម្បីជួបជាមួយគ្រូពេទ្យប្រចាំការ សូមទូរស័ព្ទទៅកាន់លេខ (562) 270-0324 និងរង់ចាំបន្តិចសិនកុំដាក់ទូរស័ព្ទចុះ

អ្នកនឹងត្រូវបានគេដាក់ផ្ទាល់ទៅកាន់សេវាកម្មឆ្លើយតបក្រោយម៉ោងធ្វើការ។ អ្នកគ្រាន់តែជូនដំណឹងដល់អ្នកឆ្លើយតាមទូរស័ព្ទថា

អ្នកត្រូវការនិយាយជាមួយគ្រូពេទ្យ ហើយអ្នកនឹងត្រូវបានគេសួរពី ឈ្មោះពេញរបស់អ្នកជំងឺ, ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើតរបស់អ្នកជំងឺ

និងលេខទូរស័ព្ទសំរាប់អោយគេទូរស័ព្ទត្រឡប់ទៅវិញ។