

Western NC Community Health Services, Inc.
Formulario de Registro Medico

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 Minnie Jones Health Center.
- Dejarla en el buzon que esta asignado como “Enrollment Forms Only”, , localizado fuera del edificio en la entrada principal de **Minnie Jones Health Center, 257 Biltmore Ave., Asheville, NC.** (Disponible las 24 horas los 7 dias de la semana)
- Enviarla por correo a: **Minnie Jones Health Center, PO Box 338, Asheville, NC, 28802.**

Si este formulario esta lleno de forma correcta cuando lo recibamos, le llamaremos para programarle su cita.

Nombre del Paciente: _____

Apellidos del Paciente: _____

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

Dirección Física del Paciente: _____

Numero de Teléfono del Paciente (_____) _____

Correo Electrónico del Paciente: _____

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

Correo **Teléfono** **Texto** **Correo Electrónico**

1) Idioma Preferido del Paciente: Español _____ Otro _____ (Especifique): _____

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

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

Le gustaría dejarnos saber algo mas? (Opcional) _____

Firma del Paciente o Representante Legal: _____

Fecha: _____

(1 Enroll App-M-P)