



Servicios de Salud y Bienestar Comunitario Móvil Formulario de Registro

Información de la Organización

Organización _____ Nombre de contacto: _____

Teléfono de contacto: _____ Correo electrónico: _____

Información del Paciente

Nombre: _____ Género: masculino Femenina Otro

Fecha de nacimiento: _____ Idioma Principal: Inglés Español Armenio Otro _____

Número de teléfono: _____ Dirección: _____

Nombre de padre/madre/guardián: _____

Información del seguro

Tipo de cobertura: Medicare Medi-Cal Commercial Sin seguro número de seguro médico: _____

Servicios disponibles (Marque todos los que correspondan):

Medical

Examen físico

Examen físico deportivo

Extracción de sangre/Análisis

Exámenes de audición

Vacunas _____

Prueba de visión de Snellen

Control de peso

Prueba de embarazo

Diagnóstico y tratamiento de enfermedades agudas menores

Examen dental

VIH/ETS Detección, asesoramiento sobre tratamiento

____ Servicios de inscripción a cobertura de salud - Medi-Cal, My Health LA, Covered CA

____ Otro : _____

Instrucciones

- Envíe por correo electrónico el formulario de registro completo a michellet@cchcCenters.org
- Si desea hablar directamente con un miembro del equipo, llame al 818-630-2297
- Conserve una copia para sus registros.