

PATIENT REFERRAL FORM

Referido por:

Date:

Event:



Información del Cliente

Razón de Referencia

Marque uno: Cliente Cliente + Pareja Cliente + Hijo / Hija
 Familia Hijo / Hija

Marque uno: Seguro Médico Planificación Familiar Dental Visión
 Inscripción Parra Seguro de Salud

Marque uno: Es en el cliente residente del condado de Alameda? Yes No

Nombre del Cliente: _____ Fecha de Nacimiento: _____ M / F
Dirección: _____ Ciudad: _____ Código postal: _____
Números de contacto Casa: _____ Celular _____
Mejor hora para llamar?: _____ Idioma: _____

El cliente está actualmente empleado? Si No
Si NO, estás recibiendo ingresos no ganados?: Si No
Si la respuesta es sí: _____
¿El cliente tiene un seguro privado con cobertura de salud y otros? Si No
Si la respuesta es sí: _____

Notas:

***Restriciones se aplican si no son residents de Alameda**

Tri-City Health Center (TCHC) es un socio líder de servicios de salud de comunidad comprometido a satisfacer las necesidades de hoy para el cuidado de la salud integral, innovadora, asequible y culturalmente..