

## Solicitud de servicios clínicos

(revisado en Junio del 2018)

- Utilizamos un enfoque de equipo para brindar atención médica, por lo tanto los clientes son asignados a una enfermera especializada y a un médico. Es posible que solo necesite ver a una enfermera especializada, según sus necesidades de salud.
- Priorizamos a las personas que tienen barreras con el acceso de atención médica (como barreras idiomáticas, culturales o económicas) y las personas con enfermedades crónicas complejas, incluidas las enfermedades mentales.
- Damos prioridad a las personas que viven dentro de una comunidad geográfica específica (ver el mapa en la parte posterior).
- No podemos proporcionar servicios a visitantes de Ontario o aquéllos con visas de estudiante

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

Apellido(s): \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección de Domicilio: \_\_\_\_\_  
(Nº Apto. /Piso) Calle Ciudad

Por favor marque aquí sí:  Vive en un refugio  No tiene hogar  Otro (especifique): \_\_\_\_\_

Teléfono: Número principal: \_\_\_\_\_ Número secundario: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

¿Cuál es su estado en Canadá?  Ciudadano Canadiense  Residente Permanente  Refugiado convencional  
 Visa de Visitante o Estudiante (no elegible)  Sin ningún estatus legal  Otro (especifique): \_\_\_\_\_

Si no nació aquí, ¿cuándo llegó a Canadá? \_\_\_\_\_

¿Requiere servicios de interpretación de idioma?  No  Sí - En caso afirmativo, ¿en qué idioma? \_\_\_\_\_

¿Tiene seguro médico?  Tarjeta de salud de Ontario  Salud Federal Provisional  
 Cobertura fuera de la provincia  No tengo seguro de salud

¿Actualmente tiene un médico de familia?  No  Sí

¿Alguien en su familia ya es cliente de East End CHC?  No  Sí

¿Padece de alguna de las siguientes? Marque **TODAS** las que le correspondan

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Enfermedad crónica                 | <input type="checkbox"/> Enfermedad mental   | <input type="checkbox"/> Ninguna               |
| <input type="checkbox"/> Discapacidad de desarrollo         | <input type="checkbox"/> Discapacidad física   | <input type="checkbox"/> No sabe               |
| <input type="checkbox"/> Dependencia de drogas o de alcohol | <input type="checkbox"/> Discapacidad sensorial<br>(Ej. pérdida de la audición o visión) | <input type="checkbox"/> Prefiere no responder |
| <input type="checkbox"/> Discapacidad de aprendizaje        | <input type="checkbox"/> Otra (especifique): _____                                       |  |

¿Alguno de sus dependientes tiene una condición(es) enumerada anteriormente?  No  Sí - En caso afirmativo, especifique: \_\_\_\_\_

¿Cuál es su género? Marque sólo **UNO**

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Masculino                         | <input type="checkbox"/> Transexual cambiado de mujer a hombre | <input type="checkbox"/> Otro (especifique): _____ |
| <input type="checkbox"/> Femenino                          | <input type="checkbox"/> Transexual cambiado de hombre a mujer | <input type="checkbox"/> No sabe                   |
| <input type="checkbox"/> Intersexual (sexualmente ambiguo) | <input type="checkbox"/> Doble género                          | <input type="checkbox"/> Prefiere no responder     |

Si es relevante, ¿está embarazada?  No  Sí - En caso afirmativo, ¿cuándo es la fecha de nacimiento? \_\_\_\_\_

¿Cuáles fueron los ingresos totales de su familia? (✓ Marque sólo UNO)	
Ingreso anual antes de impuestos	Por mes
\$ 0 -14,999	\$1,249 o menos
\$ 15,000 – \$19,999	\$1,250 – \$1,667
\$ 20,000 – \$24,999	\$1,668 – \$2,083
\$ 25,000 – \$29,999	\$2,084 – \$2,500
\$ 30,000 – \$34,999	\$2,501 – \$2,916
\$ 35,000 – \$39,999	\$2,917 -- \$3,333
\$ 40,000 – \$59,999	\$3,334 – \$4,999
\$ 60,000 – \$89,999	\$5,000 – \$7,499
\$ 90,000 – \$119,999	\$7,500 – \$9,999
\$120,000 – \$149,999	\$10,000 – \$12,499
\$150,000 – or more	\$12,500 – o más
No sabe	
Prefiere no responder	

**¿Cuántas personas dependen de este ingreso?** (dar un número #)

\_\_\_\_\_ persona(s)

(inclúyase a usted mismo + a sus dependientes, como padres, hijos, etc.)

**¿Es este ingreso de asistencia social?**

No  Sí

(como ODSP, OW, EI, etc.)

**¿Cuál es su nivel más alto de educación?** (✓ marque uno)

Demasiado joven para la escuela

Escuela primaria (grado 1-8)

Secundario o equivalente (Grados de escuela secundaria 9-12)

Universidad

Licenciatura de la Universidad

Posgrado de la Universidad

No educación formal

No sabe

Prefiere no responder

Otro (especifique):

¿Hay otras personas en su hogar que también buscan atención médica?  No  Sí - En caso afirmativo, enumérelas a continuación:

<b>1. Nombre:</b>	<b>Edad:</b>	<b>3. Nombre:</b>	<b>Edad:</b>
<b>2. Nombre:</b>	<b>Edad:</b>	<b>4. Nombre:</b>	<b>Edad:</b>

**¡Gracias por su interés en East End CHC!**

Envíe su solicitud completa en persona a recepción en East End CHC, 1619 Queen Street East.

East End Community Health Center sirve el área dentro de los límites amarillos en este mapa:

- **Límite occidental:**  
Greenwood Avenue (al Sur de Danforth Avenue) and Coxwell Avenue (al Norte de Danforth Avenue)
- **Límite oriental:**  
Victoria Park Avenue
- **Límite del Norte:**  
O'Connor Drive hasta St. Clair Avenue
- **Límite del Sur:**  
Lake Ontario.

