



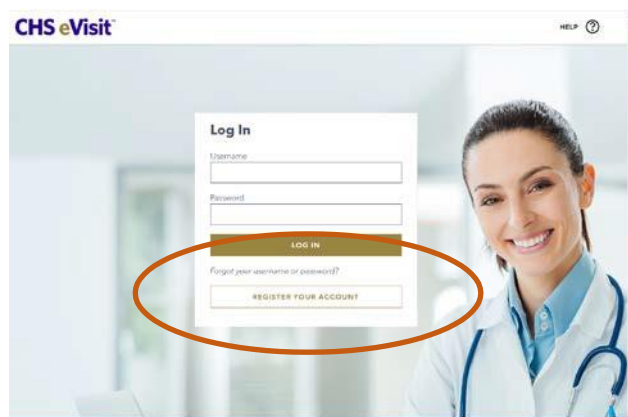
Como Registrarse en la App Catholic Health eVisit para Pacientes

Descarga de iPhone y Android:

1. Para instalar aplicaciones debes iniciar sesión con tu Apple ID/Google o crea una.
 - a. **Para Apple Phone:** busca la App Store 
 - b. **Para Android:** busca la aplicación Play Store 
2. Navega por la Tienda y escribe “**Catholic Health eVisit**”
3. Descarga la aplicación Catholic Health eVisit

Descargar en Computadora:

1. En su computadora, escriba: www.CHSeVisit.org



Registrarse:

1. En la página de inicio, haga clic en "Registrar su Cuenta"
2. Ingrese su nombre y fecha de nacimiento
 - a. Para los empleados de Catholic Health y sus dependientes, elija **Tengo acceso a Catholic Health eVisit a través de mi empleador**
 - b. Para todos los demás pacientes, elija **Quiero inscribirme en Catholic Health eVisit**
3. Haga clic en **Continuar**
4. Introduzca la dirección de correo electrónico y cree una contraseña
5. Comprobar **Certifico que he leído y entiendo los términos y condiciones y Continúe**
6. Si alguna vez necesita restablecer su contraseña tendrá que entrar dos preguntas de seguridad y seguir las preguntas en línea que aparecen y **Continúe**

Let's get started.

Tell us about yourself.

First name

Last name

Date of birth
MM DD YYYY

How did you find out about CHS eVisit?

I have access to CHS eVisit through my employer or insurance provider

I want to sign up for CHS eVisit

7. Ingrese su dirección, casa y/o teléfono celular, altura y peso y **Continúe**

What is your primary address?

Address Line 1
100 Quentin Roosevelt Blvd.

Address Line 2 (optional)
Apartment, suite, unit, building, floor, etc.

City
Garden City

State
New York

Zip
11530

CONTINUE

¿Cuál es su dirección principal?

Dirección línea 1

Dirección línea 2

Ciudad

Estado

Código postal

Continuar

How should we call you?

Home Phone Number (optional)

Mobile Phone Number (optional)

CONTINUE

¿Cómo te debemos llamar?

Número de teléfono del hogar

Número de teléfono Móvil

Continuar

What is your current height and weight?

Height (feet)

Height (inches)
Please enter a height.

Weight (lbs)
0
Please enter a value greater than 0.

CONTINUE

¿Cuál es su altura y peso actual?

Altura (pies) Altura (pulgadas)

Peso (lbs)

Por favor ingrese un valor mayor que 0

Continuar

What is your gender?

Male Female Other

¿Cuál es su género?

Masculino Femenino Otro

What is your preferred language?

Language
English

¿Cuál es su idioma preferido?

Idioma

Do you require a Hearing Impaired Relay Service?

Yes No

¿Necesita un servicio de retransmisión para discapacidad auditiva?

Please enter your medical history.

MEDICATIONS [Change](#)
No medications

KNOWN ALLERGIES [Change](#)
No known allergies

MEDICAL CONDITIONS [Change](#)
No medical conditions

SOCIAL HISTORY [Change](#)
Alcohol use (not answered)
Drug use (not answered)
Tobacco use (not answered)
Immunizations (not answered)
Recent out of the country travel (not answered)

[CONTINUE](#) [SKIP](#)

Por favor, ingrese su historia médica.

Medicamento [Cambie](#)
Ningún Medicamento

Alergias conocidas [Cambie](#)
Ningunas alergias conocidas

Condiciones médicas [Cambie](#)
Ningunas condiciones médicas

Historia social [Cambie](#)
Uso de alcohol
Uso de drogas
Uso de tabaco
Inmunizaciones
Viajes recientes fuera del país

[Continuar](#) [Salte esto](#)

Please enter your medical history.

SOCIAL HISTORY

Do you drink alcohol?
 Yes No N/A

Do you use recreational drugs?
 Yes No N/A

Do you smoke or use tobacco?
 Yes No N/A

Are your immunizations up to date?
 Yes No N/A

Have you traveled out of the country in the last 2 months?
 Yes No N/A

[CLOSE](#)

Por favor, ingrese su historia médica.

HISTORIA SOCIAL

¿Bebe alcohol?
 Si No N/A

¿Usa drogas recreacionales?
 Si No N/A

¿Fuma o usa tabaco?
 Si No N/A

¿Tiene sus inmunizaciones al día?
 Si No N/A

¿Ha viajado fuera del país en los últimos 2 meses?
 Si No N/A

Who is your primary care physician?

First Name

Middle Name (optional)

Last Name

Address Line 1 (optional)
Street address

Address Line 2 (optional)
Apartment, suite, unit, building, floor, etc.

City (optional)

State (optional)
Select state...

Zip (optional)

Phone Number (optional)

Fax Number (optional)

¿Quién es su médico de cabecera?

Nombre
Segundo nombre
Apellido

Dirección línea 1
Dirección línea 2

Ciudad
Estado
Código postal

Número de teléfono
Número de Fax

Continuar

Salte esto

Su Proveedor fijará una cita para usted en la hora acordada. Se enviará un correo electrónico de Catholic Health eVisit para notificarle que la cita ha sido programada.

Unos minutos antes de la hora de la cita, puede recibir una notificación. En ese momento, inicie sesión en la aplicación Catholic Health eVisit y verá sus visitas pendientes y se le preguntará si desea conectarse. Haga clic en "SI" y responda a las preguntas para que el proveedor sepa que está en la sala de espera.