

Monmouth Family Health Center Inc.

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN (RELLENE TODO EL FORMULARIO)

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

FECHA DE HOY: _____

APELLIDO: _____ NOMBRE: _____ INICIAL 2º NOMBRE: _____ FECHA NACIMIENTO: (M/D/A): _____

DIRECCIÓN: _____ POBLACIÓN: _____ CALLE: _____ CÓDIGO POSTAL: _____

Nº SEGURIDAD SOCIAL: _____ - _____ - _____ ESTADO CIVIL: _____

Nº TFNO. DOMICILIO: _____ Nº TFNO. MÓVIL _____ EMAIL: _____ [] OK contactar

ENCUESTA DE DATOS - Le rogamos cumplimente la siguiente encuesta de datos con el fin de cumplir con los requisitos relativos al mantenimiento de registros e informes federales. Agradecemos su colaboración.

Orientación sexual: [] Lesbiana o gay [] Heterosexual (ni lesbiana ni gay) [] Bisexual [] Otro [] No sabe [] Prefiero no decirlo [] Desconocido
Identidad de género: [] Hombre [] Mujer [] Transgénero hombre/mujer a hombre [] Transgénero mujer/hombre a mujer [] Otro [] Prefiero no decirlo

IDIOMA PRINCIPAL: [] Inglés [] Español [] Otro: _____ ¿NECESITA UN INTÉRPRETE?: [] Sí [] No

¿ES SU HOGAR PRINCIPAL UNA VIVIENDA SOCIAL? [] Sí [] No Nº DE MIEMBROS DE LA FAMILIA: _____

| ETNIA | RAZA | GRUPO DE POBLACIÓN | RANGO DE RENTA ANUAL |
|-------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Hispana (latina) | <input type="checkbox"/> Negra (afroamericana) | <input type="checkbox"/> Emigrante | <input type="checkbox"/> 0 - \$14,580 |
| <input type="checkbox"/> No hispana (no latina) | <input type="checkbox"/> Blanca | <input type="checkbox"/> Estacional | <input type="checkbox"/> \$14,581 - \$21,870 |
| <input type="checkbox"/> Prefiero no decirlo | <input type="checkbox"/> Asiática | <input type="checkbox"/> Albergue para personas sin hogar | <input type="checkbox"/> \$21,871 - \$29,160 |
| | <input type="checkbox"/> India americana/Nativa de Alaska | <input type="checkbox"/> Transitorio | <input type="checkbox"/> \$29,161 - \$36,450 |
| | <input type="checkbox"/> Nativa de Hawái | <input type="checkbox"/> Hogar compartido | <input type="checkbox"/> \$36,451 - \$43,740 |
| | <input type="checkbox"/> Otras islas del Pacífico | <input type="checkbox"/> En la calle | <input type="checkbox"/> \$43,741 + |
| | <input type="checkbox"/> Multirracial – escoja 2 anteriores | <input type="checkbox"/> Otro | |
| | <input type="checkbox"/> Prefiero no decirlo | <input type="checkbox"/> Desconocido | |

DATOS DEL REPRESENTANTE

Nº SEGURIDAD SOCIAL: _____ - _____ - _____ RELACIÓN CON EL PACIENTE: _____

APELLIDO: _____ NOMBRE: _____ INICIAL 2º NOMBRE: _____ FECHA NACIMIENTO (M/D/A): _____

DIRECCIÓN: _____ POBLACIÓN: _____ CALLE: _____ CÓDIGO POSTAL: _____

Nº TFNO. CASA: _____ Nº MÓVIL _____ EMAIL: _____

INFORMACIÓN DEL ASEGURADO

APELLIDO: _____ NOMBRE: _____ INICIAL 2º NOMBRE: _____ FECHA NACIMIENTO (M/D/A): _____

EMPLEADOR: _____ Nº DE TELÉFONO : _____

SEGURO: _____ Nº DE PÓLIZA: _____ Nº DE GRUPO: _____ FECHA EFECTIVA: _____

DIRECCIÓN: _____ POBLACIÓN: _____ CALLE: _____ CÓDIGO POSTAL: _____

Nº TFNO. DE LA ASEGURADORA: _____ RELACIÓN CON EL PACIENTE: _____

AUTORIZO LA ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS PARA LOS SERVICIOS MÉDICOS/DENTALES QUE HAYAN QUE PAGARSE A MONMOUTH FAMILY HEALTH CENTER: _____

CONTACTO DE EMERGENCIA

NOMBRE: _____ RELACIÓN CON EL PACIENTE: _____

DIRECCIÓN: _____ POBLACIÓN: _____ CALLE: _____ CÓDIGO POSTAL: _____ Nº TFNO.: _____

FIRMA: Certifico que la información proporcionada es correcta: _____

PARA USO INTERNO DE MFHC - Nº de cuenta del paciente: _____ Iniciales de la secretaria de la unidad: _____ Fecha: _____