

# Monmouth Family Health Center Inc.

## FORMULÁRIO DE REGISTO (PREENCHA NA ÍNTEGRA)

### INFORMAÇÃO DO PACIENTE

DATA DE HOJE: \_\_\_\_\_

APELIDO: \_\_\_\_\_ NOME: \_\_\_\_\_ INICIAL INTERMÉDIA: \_\_\_\_\_ DATA DE NASCIMENTO: (M/D/A): \_\_\_\_\_

MORADA: \_\_\_\_\_ CIDADE: \_\_\_\_\_ ESTADO: \_\_\_\_\_ CÓDIGO POSTAL: \_\_\_\_\_

N.º DE SEGURANÇA SOCIAL: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_

N.º DE TELF. FIXO: \_\_\_\_\_ N.º DE TELEMÓVEL: \_\_\_\_\_ E-MAIL: \_\_\_\_\_ [ ] Pode contactar

**RECOLHA DE DADOS** - De forma a cumprir com os requisitos federais relativos à manutenção e transmissão de dados, solicitamos que preencha o inquérito que se segue. Agradecemos a sua cooperação.

Orientação sexual: [ ] Homossexual [ ] Heterossexual [ ] Bissexual [ ] Outro [ ] Não sabe [ ] Prefere não divulgar [ ] Desconhecido

Identidade de género: [ ] Masculino [ ] Feminino [ ] Transgénero Masculino/Feminino-para-Masculino [ ] Transgénero Feminino/Masculino-para-Feminino [ ] Outro [ ] Prefere não divulgar

IDIOMA PRINCIPAL: [ ] Inglês [ ] Espanhol [ ] Outro: \_\_\_\_\_ PRECISA DE UM INTÉRPRETE?: [ ] Sim [ ] Não

A SUA RESIDÊNCIA PRINCIPAL É CONSIDERADA HABITAÇÃO SOCIAL [ ] Sim [ ] Não AGREGADO FAMILIAR: \_\_\_\_\_

ETNIA	RAÇA	POPULAÇÃO ESPECIAL	NÍVEL DE RENDIMENTO ANUAL
<input type="checkbox"/> Hispânico (Latino)	<input type="checkbox"/> Negro (Afro-Americano)	<input type="checkbox"/> Migrante	<input type="checkbox"/> 0 - 14 580 \$
<input type="checkbox"/> Não Hispânico (Não Latino)	<input type="checkbox"/> Branco	<input type="checkbox"/> Sazonal	<input type="checkbox"/> 14 581 \$ - 21 870 \$
<input type="checkbox"/> Não declarado/Recusado	<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Abrigo	<input type="checkbox"/> 21 871 \$ - 29 160 \$
	<input type="checkbox"/> Ameríndio/Nativo do Alasca	<input type="checkbox"/> Em transição	<input type="checkbox"/> 29 161 - 36 450 \$
	<input type="checkbox"/> Nativo do Havai	<input type="checkbox"/> A partilhar	<input type="checkbox"/> 36 451 \$ - 43 740 \$
	<input type="checkbox"/> Natural de outra ilha do Pacífico	<input type="checkbox"/> Rua	<input type="checkbox"/> 43 741 \$ +
	<input type="checkbox"/> Multirracial – escolha 2 das opções	<input type="checkbox"/> Outro	
	<input type="checkbox"/> Não declarado	<input type="checkbox"/> Desconhecido	

### INTERVENIENTE RESPONSÁVEL

N.º DE SEGURANÇA SOCIAL: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ RELAÇÃO COM O PACIENTE: \_\_\_\_\_

APELIDO: \_\_\_\_\_ NOME: \_\_\_\_\_ INICIAL INTERMÉDIA: \_\_\_\_\_ DATA DE NASCIMENTO (M/D/A): \_\_\_\_\_

MORADA: \_\_\_\_\_ CIDADE: \_\_\_\_\_ ESTADO: \_\_\_\_\_ CÓDIGO POSTAL: \_\_\_\_\_

N.º DE TELF. FIXO: \_\_\_\_\_ N.º DE TELEMÓVEL: \_\_\_\_\_ E-MAIL: \_\_\_\_\_

### INFORMAÇÃO DO ASSEGURADO

APELIDO: \_\_\_\_\_ NOME: \_\_\_\_\_ INICIAL INTERMÉDIA: \_\_\_\_\_ DATA DE NASCIMENTO (M/D/A): \_\_\_\_\_

EMPREGADOR: \_\_\_\_\_ N.º DE TELEFONE: \_\_\_\_\_

SEGURO: \_\_\_\_\_ N.º DE APÓLICE: \_\_\_\_\_ N.º DE GRUPO: \_\_\_\_\_ DATA DE VIGÊNCIA: \_\_\_\_\_

MORADA: \_\_\_\_\_ CIDADE: \_\_\_\_\_ ESTADO: \_\_\_\_\_ CÓDIGO POSTAL: \_\_\_\_\_

N.º DE TELEF. DE SEGURO: \_\_\_\_\_ RELAÇÃO COM O PACIENTE: \_\_\_\_\_

AUTORIZO QUE A ATRIBUIÇÃO DE BENEFÍCIOS PELOS SERVIÇOS MÉDICOS/DENTÁRIOS SEJA PAGA A MONMOUTH FAMILY HEALTH CENTER: \_\_\_\_\_

### CONTACTO DE EMERGÊNCIA

NOME: \_\_\_\_\_ RELAÇÃO COM O PACIENTE: \_\_\_\_\_

MORADA: \_\_\_\_\_ CIDADE: \_\_\_\_\_ ESTADO: \_\_\_\_\_ CÓDIGO POSTAL: \_\_\_\_\_ N.º TELEFONE: \_\_\_\_\_

**ASSINATURA:** Eu asseguro que a informação fornecida é correta: \_\_\_\_\_

PARA UTILIZAÇÃO EXCLUSIVA DE MFHC - N.º de Conta do Paciente: \_\_\_\_\_ Iniciais do Funcionário da Unidade: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_