

**MONMOUTH FAMILY HEALTH CENTER INC.**  
**FORMULARIO DE REGISTRACION**

**INFORMACION DEL PACIENTE**

Nombre: \_\_\_\_\_ Sexo:  F  M Fecha de hoy: \_\_\_\_\_  
Apellido Primer Nombre Inicial  
Dirección: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: (mm/dd/yyyy) \_\_\_\_\_  
Número de Casa y Calle Apt # Primario Teléfono#: \_\_\_\_\_ [ ]celula [ ]casa  
Ciudad Estado Zona Postal Otro Teléfono #: \_\_\_\_\_ [ ]celula [ ]casa  
Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_

**Para estar en orden con las regulaciones federales, le pedimos por favor que complete el siguiente formulario.  
Gracias por su cooperación.**

**Idioma Nata:**  Español  Inglés  Portugués  Francés  Otro \_\_\_\_\_  
**Origen:**  Hispano/Latino  Non Hispano  No Reportado País de Origen: \_\_\_\_\_  
**Raza:**  Asiático  Nativo de Hawaii  Isleño del Pacífico Necesita Intérprete:  Sí  No  
 Indio Americano / Nativo de Alaska ¿Trabaja?  Sí  No  Tiempo completo  Tiempo parcial  
 Negro  Blanco  No reportado ¿Es usted Estudiante?  Sí  No  
(Por favor seleccione más de una identidad raza, si más de una le corresponde. Gracias.) ¿Está usted en el ejército o es VETERANO?  Sí  No  
**Salario Anual:**  0 - \$13,590  \$13,591-\$16,309  \$16,310-\$19,026  \$19,027-\$24,462  \$24,463-\$27,180  
 \$27,181-\$33,975  \$33,976-\$40,770  \$40,771 o mas ¿Cuántos miembros en la familia?: \_\_\_\_\_

**PERSONA RESPONSABLE**

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_  
Apellido Primer Nombre Inicial  
Dirección: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
Número y Calle Apt # Teléfono #: \_\_\_\_\_  
Ciudad Estado Zona Postal  
Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_ Cell #: \_\_\_\_\_

**INFORMACION DEL ASEGURADO**

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
Apellido Primer Nombre Inicial  
Empleador: \_\_\_\_\_ Teléfono #: \_\_\_\_\_  
Seguro: \_\_\_\_\_ Póliza #: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Grupo #: \_\_\_\_\_  
Calle Apt # Fecha de Vigencia del Seguro: \_\_\_\_\_  
Ciudad Estado Zona Postal  
Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_

**EN CASO DE EMERGENCIA**

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_  
Apellido Primer Nombre Inicial *Contacto de emergencia*  
Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono #: \_\_\_\_\_  
Nombre: \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_  
Apellido Primer Nombre Inicial *Otra persona autorizada*  
Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono #: \_\_\_\_\_

**CERTIFICACION DEL PACIENTE**

Yo certifico que esta información es correcta: \_\_\_\_\_  
Su firma por favor

Su firma abajo nos dará el consentimiento para proveerle información por medio de correo electrónico acerca de sus citas (confirmaciones, actualizaciones y / o cambios a su cita), el estado de su formulario de seguro médico, etc.

\_\_\_\_\_  
Dirección de su correo electrónico (por favor escriba arriba con letras de imprenta) Su firma por favor

Marque aquí  si se niega a darnos su dirección de correo electrónico

**PARA EL USO DE MFHC SOLAMENTE:**

Medical record #: \_\_\_\_\_ Clerk initials: \_\_\_\_\_