

Monmouth Family Health Center Inc.

FORMULÁRIO DE REGISTO (PREENCHA COMPLETAMENTE)

INFORMAÇÃO DO PACIENTE

DATA DE HOJE: _____

SOBRENOME: _____ NOME: _____ INICIAIS DO SEGUNDO NOME: _____ DATA DE NASCIMENTO: (M/D/A): _____

ENDEREÇO: _____ CIDADE: _____ ESTADO: _____ CÓDIGO POSTAL: _____

N.º DE SEGURO SOCIAL: _____ - _____ - _____ ESTADO CIVIL: _____ SEXO ATRIBUÍDO NO NASCIMENTO [] MALE [] FEMALE

N.º DE TEL. FIXO: _____ N.º DE CELULAR _____ E-MAIL: _____ [] Entrar em contato

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

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

Identidade de gênero: [] Masculino [] Feminino [] Transgênero Masculino/Feminino-para-Masculino [] Transgênero 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 N.º DE MEMBROS NA FAMÍLIA: _____

ETNIA	RAÇA	POPULAÇÃO ESPECIAL	RENDIMENTO ANUAL
<input type="checkbox"/> Hispânico (Latino)	<input type="checkbox"/> Negro (Afro-Americano)	<input type="checkbox"/> Migrante	<input type="checkbox"/> \$0 - \$15,060
<input type="checkbox"/> Não Hispânico (Não Latino)	<input type="checkbox"/> Branco	<input type="checkbox"/> Sazonal	<input type="checkbox"/> \$15,061 - \$22,590
<input type="checkbox"/> Não declarado/Recusado	<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Abrigo	<input type="checkbox"/> \$22,591 - \$30,120
	<input type="checkbox"/> Índio americano/Nativo do Alasca	<input type="checkbox"/> Centro de acolhimento	<input type="checkbox"/> \$30,121 - \$37,650
	<input type="checkbox"/> Nativo do Havai	<input type="checkbox"/> A partilhar	<input type="checkbox"/> \$37,651 - \$45,180
	<input type="checkbox"/> Natural de outra ilha do Pacífico	<input type="checkbox"/> Morador de rua	<input type="checkbox"/> \$45,181 +
	<input type="checkbox"/> Multirracial – escolha 2 das opções	<input type="checkbox"/> Outro	
	<input type="checkbox"/> Não declarado	<input type="checkbox"/> Desconhecido	

PESSOA RESPONSÁVEL

N.º DE SEGURO SOCIAL: _____ - _____ - _____ RELAÇÃO COM O PACIENTE: _____

SOBRENOME: _____ NOME: _____ INICIAIS DO SEGUNDO NOME: _____ DATA DE NASCIMENTO (M/D/A): _____

ENDEREÇO: _____ CIDADE: _____ ESTADO: _____ CÓDIGO POSTAL: _____

N.º DE TEL. FIXO: _____ N.º DE CELULAR _____ E-MAIL: _____

DA PESSOA ASSEGURADA

SOBRENOME: _____ NOME: _____ INICIAIS DO SEGUNDO NOME: _____ DATA DE NASCIMENTO (M/D/A): _____

EMPREGADOR: _____ N.º DE TELEFONE: _____

SEGURO: _____ N.º DE APÓLICE: _____ N.º DE GRUPO: _____ DATA EFETIVA: _____

ENDEREÇO: _____ CIDADE: _____ ESTADO: _____ CÓDIGO POSTAL: _____

N.º DE TEL. DE SEGURO: _____ RELAÇÃO COM O PACIENTE: _____

EU AUTORIZO QUE A PRESTAÇÃO DE BENEFÍCIOS PELOS SERVIÇOS MÉDICOS/DENTÁRIOS SEJA PAGO A MONMOUTH FAMILY HEALTH CENTER: _____

CONTACTO DE EMERGÊNCIA

NOME: _____ RELAÇÃO COM O PACIENTE: _____

ENDEREÇO: _____ CIDADE: _____ ESTADO: _____ CÓDIGO POSTAL: _____ N.º TELEFONE: _____

ASSINATURA: declaro que as informações fornecidas são corretas: _____

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