

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 #
 Ciudad Estado Zona Postal
 Número de Seguro Social: _____ Estado Civil: _____
 Primario Teléfono#: _____ []celula []casa
 Otro Teléfono #: _____ []celula []casa

**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 - \$12,880 \$12,881-\$15,456 \$15,457 - \$18,032 \$18,033-\$23,184 \$23,185-\$25,760
 \$25,761-\$32,200 \$32,201-\$38,640 \$38,641 or more ¿Cuántos miembros en la familia?: _____

PERSONA RESPONSABLE

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

INFORMACION DEL ASEGURADO

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____
Apellido Primer Nombre Inicial
 Empleador: _____ Teléfono #: _____
 Seguro: _____ Póliza #: _____
 Dirección: _____ Grupo #: _____
Calle Apt #
 Ciudad Estado Zona Postal Fecha de Vigencia del Seguro: _____
 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: _____