

DEPARTAMENTO DE SALUD CONDADO DE MONTEREY
PANEL DE SALUD CENTRAL
APLICACION PARA MEMBRECIA

Nombre: _____
 Apellido Primer Segundo Nombre

Domicilio: _____

Número de Teléfono: _____ Numero de Celular/Alternativo: _____

Dirección de Correo Electrónico: _____

Breve descripción de su interés en participar en el Panel de Comunidad de Salud Central:

Si designado, está disponible en participado en un mínimo de nueve (9) juntas por año?

Si No

Esta actualmente empleado en Cuidados de Salud o es esposo(a), descendiente, hermano(a) de un empleado del Condado de Monterey Departamento de Salud División de Servicios Clínicos?

Si No

Esta actualmente, o a sido en el pasado, un paciente de una Clínica Primaria del Departamento de Salud del Condado de Monterey?

Si No

Si la respuesta es sí, cual clínica?

Seaside Family Health Center Monterey County Health Clinic at Marina

Alisal Health Center Laurel Pediatric Clinic

Laurel Family Practice Clinic Laurel Internal Medicine

Fecha de última visita: _____

Liste actividades voluntarias:

Brevemente describa la extensión de su conocimiento o experiencia en áreas de salud:

Liste cualquier encargo, gabinete de asesores, etc., que usted presentemente sea miembro:

Liste cualquier comunidad/ organización(s) civil que usted presentemente sea miembro:

Si sea designado, está usted dispuesto a llenar una declaración de divulgación como un oficial público bajo los estándares emplazados por la Comisión Práctica de Políticas Justas?

Si No

Firma de Alicante

Fecha

Por favor de firmar, fechar y regrese esta forma a:

Clinic Services Division
Monterey County Health Department
Atención: Lisa Hughes
1615 Bunker Hill Way, Ste. 140
Salinas, CA 93906
Teléfono: 831-796-1386