Introdução ao Centro Odontológico da IHC

Pacote de Novo Paciente Pediátrico

Muito obrigado pelo seu interesse em se tornar um novo paciente odontológico na Island Health Care! Estamos muito felizes em recebê-lo(a) em nossa clínica.

Por favor, traga este pacote preenchido para a Clínica da Island Health Care, localizada em 245 Edgartown Vineyard Haven Road. Por favor, também traga os seguintes itens, caso os possua:

- **Identidade com foto**
- **Cartão do plano odontológico (insira os detalhes abaixo)**

Plano Odontológico Principal (ex., MassHealth, BCBS, Delta Dental)	**Nome do Titular**
Relação do Titular com o Paciente	**Data de Nascimento do Titular** (MM/DD/AAAA)
Número do Seguro Social (SSN) do Titular	**Você possui plano secundário?** *Se sim, por favor forneça as informações à recepção* ❑ Sim ❑ Não
Número de Identificação do Titular	

Se você possui um médico de cuidados primários, inclua essas informações aqui:

Nome do Médico de Cuidados Primários	**Telefone do Médico de Cuidados Primários**

Notas Importantes:

- Depois de entregar sua documentação de novo paciente preenchida, entraremos em contato na ordem em que seu pacote foi recebido para agendar sua consulta.
- Faremos **três tentativas** de contato por ligação telefônica e mensagem de texto. Se a sua caixa postal identificar você pelo nome, deixaremos uma mensagem. **Por favor, nos avise prontamente se o seu número de telefone mudar.**
- Se não conseguirmos contatá-lo(a) após três tentativas, por favor ligue para 508-939-9358 para agendar.
- **Cadastre-se no MyChart!** O MyChart é o portal do paciente da IHC, desenvolvido pela Epic. Através do aplicativo ou site, você e seus cuidadores podem enviar mensagens à sua equipe de cuidados, solicitar reabastecimento de receitas, visualizar resultados de exames e prontuários, e pagar contas. Durante o cadastro, convidaremos você a criar uma conta — recomendamos fortemente que todos os pacientes o façam. Dúvidas? É só perguntar!

Além do cuidado odontológico, você precisa de um Médico de Cuidados Primários (PCP) para seus cuidados médicos? *Se sim, a Island Health Care entrará em contato para agendar uma consulta de Cuidados Primários.*	❑ Sim ❑ Não

Cadastro do Paciente

Medical Record #
uso exclusivo da clínica

Island Health Care

Estamos comprometidos em proteger sua privacidade e garantir que suas informações pessoais sejam tratadas com cuidado e respeito. As informações demográficas são usadas para adaptar nossos serviços e programas às suas necessidades e preferências individuais, e nunca serão usadas para discriminar ou estigmatizar qualquer indivíduo ou grupo.

Nome Legal (em letra de forma) Sobrenome	Nome	Nome do Meio (Inicial)	**Nome Usado** (se diferente)
Data de Nascimento (Mês / Dia / Ano)	**Número do Seguro Social**		

Contact Information

Your answers to the following questions will help us reach you quickly and discreetly with important information.

Telefone Residencial ❑ Ok deixar recado por voicemail	**Telefone Celular do Paciente** *(12+ anos)* ❑ Ok deixar recado por voicemail	**Telefone Celular do Responsável** ❑ Ok deixar recado por voicemail	Melhor número para contato ❑ Residencial ❑ Celular

Endereço de Correspondência (Caixa Postal, se houver)	Cidade	Estado	CEP
Endereço Residencial	Cidade	Estado	CEP

Email do Paciente (se tiver 12 anos ou mais, para acesso ao MyChart)	**Você é estudante?** ❑ Tempo integral ❑ Meio período ❑ Não é estudante

Pai/Mãe/Responsável 1	Telefone	Relação com o Paciente	Preferências de comunicação* ❑ Telefone ❑ Email ❑ Texto ❑ Correio ❑ MyChart

**Selecione todas as opções aplicáveis. Ao escolher essas preferências de comunicação, você está autorizando o Island Health Care a entrar em contato com você pelos métodos selecionados.*

Endereço de Correspondência do Pai/Mãe/Responsável 1	Cidade	Estado	CEP

Pai/Mãe/Responsável 2	Telefone	Relação com o Paciente	Preferências de comunicação* ❑ Telefone ❑ Email ❑ Texto ❑ Correio ❑ MyChart

**Selecione todas as opções aplicáveis. Ao escolher essas preferências de comunicação, você está autorizando o Island Health Care a entrar em contato com você pelos métodos selecionados.*

Endereço de Correspondência do Pai/Mãe/Responsável 2	Cidade	Estado	CEP

Em qual idioma você se sente mais confortável para ler instruções médicas ou de saúde? ❑ Inglês ❑ Português ❑ Outro:_____ ❑ Espanhol ❑ ASL ❑ Prefiro não informar	**Em qual idioma você se sente mais confortável para falar com seu médico ou enfermeiro(a)?** ❑ Inglês ❑ Português ❑ Outro:_____ ❑ Espanhol ❑ ASL ❑ Prefiro não informar

Você precisa de algum tipo de acomodação ou apoio linguístico para nos ajudar a entender melhor um ao outro?
❑ Sim ❑ Não

Cadastro do Paciente

Island Health Care

This information is for demographic purposes only, without personal identifiers and does not affect your care.

1a. What is your annual income?

$ _____

- ☐ No income

1b. How many people does your income support?

_____

2. Veteran status

- ☐ Veteran of U.S. Military
- ☐ Not a veteran of U.S. Military
- ☐ Currently serving
- ☐ Choose not to disclose

3. Do you work in healthcare?

- ☐ Yes
- ☐ No

4. Do you live in congregate housing?

(E.g., nursing home, assisted living facility, etc.)

- ☐ Yes
- ☐ No

5. Race

Check all that apply

- ☐ Alaska Native
- ☐ Black / African American
- ☐ Cambodian
- ☐ Chinese
- ☐ Filipino
- ☐ Guamanian / Chamorro
- ☐ Indian
- ☐ Japanese
- ☐ Korean
- ☐ Native American
- ☐ Native Hawaiian
- ☐ Samoan
- ☐ Vietnamese
- ☐ White
- ☐ Other Asian
- ☐ Other Pacific Islander
- ☐ I don't know/ am not sure of my race
- ☐ I choose not to answer

6. Ethnicity

- ☐ Cuban
- ☐ Mexican, Mexican American, or Chicano/a
- ☐ Puerto Rican
- ☐ Other Hispanic or Latino/a
- ☐ Not Hispanic or Latino/a
- ☐ I don't know/am not sure of my ethnicity
- ☐ I choose not to answer

7a. Are you homeless or unhoused?

- ☐ Yes
- ☐ No

If no, skip to question 8

7b. Housing status

Only answer if you selected "yes" on question 7a

- ☐ Living in transitional housing
- ☐ Doubling up (ex. sharing a single space with others)
- ☐ Living in homeless shelter
- ☐ Living in permanent supportive housing
- ☐ Living in woods / car / camping / street
- ☐ Unknown housing location
- ☐ Other: _____

8. What is your gender?

- ☐ Female
- ☐ Male
- ☐ Agender
- ☐ Gender expansive
- ☐ Gender fluid
- ☐ Gender non-conforming
- ☐ Gender queer
- ☐ Intersex
- ☐ Non-binary
- ☐ Transfeminine
- ☐ Trans female
- ☐ Trans male
- ☐ Transmasculine
- ☐ Two spirit
- ☐ Choose not to answer
- ☐ I'm not sure/ don't know my gender identity
- ☐ My gender identity is not listed

9. What was your sex assigned at birth?

- ☐ Female
- ☐ Male
- ☐ Not recorded on birth certificate
- ☐ Uncertain
- ☐ I choose not to answer
- ☐ Other

10. What is your legal sex?

- ☐ Female
- ☐ Male
- ☐ Non-binary
- ☐ Other

11. Do you think of yourself as:

- ☐ Aromantic
- ☐ Asexual
- ☐ Bisexual
- ☐ Demisexual
- ☐ Gay
- ☐ Lesbian
- ☐ Lesbian or Gay
- ☐ Pansexual
- ☐ Queer
- ☐ Straight / heterosexual
- ☐ Something else
- ☐ Don't know
- ☐ I choose not to answer

12. Marital status

- ☐ N/A - I'm under 18
- ☐ Divorced
- ☐ Domestic partner
- ☐ Legally separated
- ☐ Life partner
- ☐ Married
- ☐ Significant other
- ☐ Single
- ☐ Widowed
- ☐ Other: _____
- ☐ I choose not to answer

13. What are your pronouns?

- ☐ She / her / hers
- ☐ He / him / his
- ☐ They / them / theirs
- ☐ My name
- ☐ I choose not to answer
- ☐ My pronouns are not listed

14a. Are you a seasonal farm worker?

- ☐ Yes
- ☐ No

14b. Farm worker status

- ☐ Migratory agricultural worker during the last 2 yrs
- ☐ Seasonal agricultural worker during the last 2 years
- ☐ Neither

15. Referral source

How did you hear about us?

- ☐ Social Media (ex. Facebook, Instagram)
- ☐ Internet search
- ☐ Friend or family member
- ☐ Health provider
- ☐ Emergency room
- ☐ Newspaper ad or article
- ☐ Outreach worker
- ☐ School
- ☐ Other: _____

Colaboração/Compartilhamento de Prontuário com Outros Profissionais de Saúde Envolvidos no Seu

O Care Everywhere é uma ferramenta que permite o compartilhamento de informações de saúde do paciente entre diferentes organizações e sistemas de saúde, mesmo quando utilizam plataformas de prontuário eletrônico (EHR) diferentes. O objetivo do Care Everywhere é melhorar o atendimento ao paciente, garantindo que um quadro completo do histórico médico do paciente esteja acessível, independentemente de onde ele tenha recebido atendimento anteriormente. Isso também ajuda a reduzir erros ou atrasos causados por informações ausentes ou incompletas. Segue um breve resumo do funcionamento do Care Everywhere:

1. Care Everywhere permite que os profissionais de saúde acessem e compartilhem os prontuários de um paciente entre diferentes sistemas. Por exemplo, se um paciente visita um estabelecimento de saúde que usa o Epic e depois visita outro estabelecimento que usa um sistema de EHR diferente, o Care Everywhere ajuda a compartilhar os dados de saúde relevantes, garantindo que os profissionais de saúde tenham informações completas para tomar decisões bem fundamentadas.
2. Por meio do Care Everywhere, dados clínicos como medicamentos, alergias, resultados de exames laboratoriais, imunizações e informações de diagnóstico podem ser compartilhados com segurança entre diferentes usuários do Epic, ou entre o Epic e sistemas que não são Epic. Isso pode melhorar a coordenação do atendimento, reduzir exames duplicados e contribuir para melhores resultados de saúde para o paciente.
3. Care Everywhere envia alertas aos profissionais clínicos quando os dados de um paciente são atualizados ou quando há novos registros de fontes externas. Isso garante que a equipe de cuidados se mantenha informada sobre quaisquer mudanças importantes no histórico de saúde do paciente.

Seus Direitos e Responsabilidades:

1. Você tem o direito de recusar o consentimento para o compartilhamento das suas informações de saúde por meio do Care Everywhere. Caso recuse, isso se aplicará a todo o seu prontuário eletrônico. Se desejar recusar o consentimento, avise a recepção para que possam lhe fornecer um formulário de recusa.
2. Você tem o direito de retirar seu consentimento a qualquer momento, e a retirada será aplicada às trocas de informações futuras.
3. A retirada do consentimento não afetará o uso ou a divulgação das suas informações de saúde anteriores à data da retirada.

O sistema Care Everywhere da Epic utiliza protocolos de segurança rigorosos para garantir a privacidade e a segurança das suas informações de saúde. Somente profissionais de saúde autorizados terão acesso aos seus dados, e todos os compartilhamentos são regidos pelas leis de privacidade de saúde, incluindo a HIPAA (Health Insurance Portability and Accountability Act—Lei de Portabilidade e Responsabilidade de Seguros de Saúde).

Ao assinar abaixo, declaro que entendo como as informações de saúde minhas ou do meu dependente/filho(a) podem ser compartilhadas por meio do Care Everywhere.

Nome do Paciente	**Data de Nascimento do Paciente**
Assinatura do Paciente / Responsável	**Data de Hoje**
Nome do Responsável (se assinando em nome do paciente)	**Relação com o Paciente** (se assinando em nome do paciente)

Consentimento Informado para Procedimentos Odontológicos Gerais

Island Health Care

Você, o(a) paciente ou responsável, tem o direito de aceitar ou recusar o tratamento odontológico recomendado pelo seu profissional de odontologia, ou de optar por recomendações alternativas que atendam ao padrão de cuidado. Antes de consentir com o tratamento, você deve considerar cuidadosamente os benefícios esperados e os riscos comumente conhecidos do procedimento recomendado, dos tratamentos alternativos, ou da opção de não realizar o tratamento.

Não consinta com o tratamento a menos que, e até que, você converse sobre os possíveis benefícios, riscos e complicações com o seu profissional de odontologia e todas as suas perguntas sejam respondidas. Ao consentir com o tratamento, você está reconhecendo sua disposição em aceitar riscos e complicações conhecidos, por menor que seja a probabilidade de ocorrência.

É muito importante que você forneça informações precisas ao seu profissional de odontologia antes, durante e depois do tratamento. É igualmente importante que você siga as orientações e recomendações do seu profissional de odontologia quanto à medicação, instruções pré e pós-tratamento, encaminhamentos a outros dentistas ou especialistas, e que compareça às consultas agendadas. Caso não siga as orientações ou recomendações, você pode aumentar as chances de um resultado desfavorável.

Concordo com o seguinte tratamento geral que pode estar incluído no meu cuidado ou no cuidado do meu dependente/filho(a):

- **Tratamento Odontológico Geral:** Exames da cabeça, pescoço, rosto e boca
- Radiografias e fotografias odontológicas
- Triagem e aconselhamento sobre câncer bucal
- Orientações de saúde bucal
- Aconselhamento alimentar
- Limpeza de dentes e gengivas (profilaxia)
- Aplicação de flúor e/ou selantes
- Restaurações de prata ou brancas (amálgama, resina composta, ionômero de vidro ou outros tipos)
- Medicação anestésica (anestesia local)
- Outros medicamentos para tratar ou prevenir doenças bucais

Medicamentos: Entendo que antibióticos, analgésicos e outros medicamentos podem causar reações alérgicas, provocando vermelhidão e inchaço nos tecidos, dor, coceira, vômito e/ou choque anafilático. Informei todos os medicamentos que estou tomando atualmente, incluindo, entre outros, medicamentos de prescrição, medicamentos de venda livre, remédios fitoterápicos e medicamentos alternativos. Entendo que um histórico médico completo e preciso é importante para que eu receba o atendimento odontológico mais seguro e de melhor qualidade.

Anestesia local: Entendo que a anestesia local apresenta um pequeno risco de inchaço, hematomas, reação alérgica, alterações na percepção de dor ou anestesia prolongada.

Restaurações: Para evitar danos, entendo que é preciso ter cuidado ao mastigar sobre restaurações, especialmente nas primeiras 24 horas. Entendo que pode ser necessária uma restauração mais extensa do que a planejada originalmente, devido a cáries adicionais ou problemas identificados durante o procedimento. Entendo que o aumento da sensibilidade é um efeito colateral comum de uma restauração recém-colocada.

Alterações no plano de tratamento: Entendo que, durante o tratamento, pode ser necessário alterar ou acrescentar procedimentos devido a condições identificadas que não eram previamente perceptíveis. Essas mudanças serão discutidas comigo, e terei a oportunidade de concordar ou recusar verbalmente a alteração no tratamento, a menos que isso não seja viável devido a uma emergência odontológica/médica.

Consentimento Informado para Procedimentos Odontológicos Gerais

Custo do tratamento: Autorizo o consultório odontológico a cobrar do meu plano odontológico pelo tratamento realizado, se aplicável. Entendo que nem todo tratamento recomendado ou seus custos podem ser cobertos pelo seguro, e que o consultório odontológico fará o possível para fornecer estimativas de custo quando for o caso. Autorizo a Island Health Care a solicitar benefícios do seguro para pagar pelo atendimento que recebo. Entendo que:

- A Island Health Care terá que enviar as informações do meu prontuário médico à minha seguradora.
- Devo pagar minha parte dos custos.
- Devo pagar pelo custo destes serviços caso meu seguro não pague ou eu não tenha seguro.*

Aviso sobre Cobertura Odontológica do MassHealth: Entendo que os benefícios odontológicos do MassHealth podem estar sujeitos a limites anuais de benefícios, restrições de cobertura e recusas de reembolso. Caso os serviços não sejam cobertos ou meus benefícios disponíveis tenham se esgotado, poderei incorrer em despesas do próprio bolso e concordo em ser responsável por quaisquer cobranças não pagas pelo MassHealth.

Estagiários de Odontologia: A Island Health Care é parceira da Henry M. Goldman School of Dental Medicine, da Boston University, para apoiar a formação clínica de estudantes de odontologia. Como parte deste programa, você pode receber atendimento de um(a) dentista estagiário(a) (estudante de odontologia) que já concluiu treinamento substancial na School of Dental Medicine e está em processo de formatura. Todo atendimento prestado por estagiários é realizado sob a supervisão direta do Dr. Aldino Maggiulli, dentista licenciado e experiente, e membro do corpo docente da BU; os estagiários não possuem licença para atuar de forma independente. Ao assinar abaixo, você reconhece que leu e entendeu estas informações e consente em receber tratamento de um(a) dentista estagiário(a) no Centro Odontológico da Island Health Care.

Direitos do Paciente e Práticas de Privacidade:

- Entendo que tenho o direito de solicitar uma cópia do Aviso de Direitos dos Pacientes e do processo de Resolução de Reclamações de Pacientes da IHC.
- Tive a oportunidade de revisar uma cópia do Aviso de Práticas de Privacidade da IHC, que descreve como minhas informações de saúde são usadas e compartilhadas. Entendo que a Island Health Care tem o direito de alterar este Aviso a qualquer momento. Posso obter uma cópia atualizada visitando o site da Island Health Care em ihimv.org.

Consinto em ser atendido(a) pelos profissionais de odontologia do Centro Odontológico da Island Health Care. Este consentimento permanecerá em vigor até ser rescindido ou revogado.

Nome do Paciente (em letra de forma)	**Data de Nascimento do Paciente**
Nome do Representante (se assinando em nome do paciente)	**Relação com o Paciente** (se assinando em nome do paciente)
Assinatura do Paciente / Representante	**Data**

**Por favor, pergunte na recepção sobre os programas de assistência financeira da IHC caso você esteja preocupado(a) com o custo da sua consulta.*