

Introdução ao Novo Pacote de Pacientes

Muito obrigado pelo seu interesse em se tornar um paciente da Clínica Island Health Care. Estamos entusiasmados por você se juntar à nossa prática. Aqui está uma descrição rápida dos formulários contidos neste pacote. Os primeiros formulários são necessários para que possamos colocar você em nosso sistema e agendarmos a sua primeira consulta!

- **Formulário 1 "Cadastro de Paciente":** Este formulário inclui as informações básicas que precisamos para configurar um paciente em nosso sistema.
- **Formulário 2 "Consentimento para Tratamento na IHC":** Precisamos do seu consentimento para fornecer serviços de saúde a você na Island Health Care
- **Formulário 3 "Aviso de Recebimento de Notificação de Práticas de Privacidade":** somos obrigados a fornecer a você esta notificação para ajudá-lo a entender como podemos usar ou compartilhar suas informações contidas no seu recorde. Por favor, leia e assine o formulário para confirmar que você recebeu e revisou o Aviso.
- **Aviso dos Direitos dos Pacientes:** Somos obrigados a fornecer-lhe este aviso para ajudá-lo a entender seus direitos como paciente deste Centro de Saúde.

Os formulários restantes neste pacote são opcionais. Por favor, reveja a finalidade de cada formulário para decidir se você gostaria de preencher um.

- **Formulário 4 "Island Health Care Sliding Fee Application":** Como um Centro de Saúde Federalmente Qualificado (FQHC), o Island Health Care oferece um desconto de taxa reduzidas para pacientes que são elegíveis de acordo com a renda. Mesmo que você tenha seguro, você ainda pode ser elegível para uma taxa reduzida. Para determinar se você é elegível para este desconto, você precisará preencher e assinar este formulário. Nosso coordenador de divulgação e inscrição entrará em contato com você para ajudar a finalizar sua inscrição e determinar se você qualifica.

Por favor, note que, a fim de tornar a Island Health Care o seu prestador de cuidados primários (PCP), você pode precisar entrar em contato com sua companhia de seguros para notificá-los antes de sua primeira visita e fazer quaisquer alterações.

**Por favor, traga este pacote preenchido para a Clínica Island Health Care localizada no seguinte endereço:
245 Edgartown Vineyard Haven Road.**

Por favor, traga também os seguintes itens, se você os tiver:

- **Documento de identificação com foto**
- **cartão de seguro (se você tiver um)**
- **Cartão de Vacinação/Imunização:** *Se você não puder trazer seu cartão de imunização com sua documentação, faça todos os esforços para trazê-los para a clínica antes de sua primeira consulta.*

INSCREVA-SE NO MYCHART: O portal do paciente oferecido pela Epic, o Prontuário Eletrônico do IHC, chama-se MyChart. Ele permite que você e seus cuidadores escolhidos acessem facilmente suas informações de saúde, comuniquem-se com sua equipe de atendimento do IHC, solicitem recargas de prescrição, visualizem seus registros de imunização, acessem rapidamente os resultados dos testes e paguem contas usando um aplicativo ou página da Web em seu telefone ou computador. Como parte do processo de registro de novos pacientes, perguntaremos se você gostaria de se registrar para uma conta MyChart. Encorajamos fortemente todos os pacientes a fazê-lo. Se tiver alguma dúvida, é só perguntar!

Vá a ihmv.org/about-us/ para ler sobre cada um dos nossos prestadores de cuidados primários. Acomodaremos solicitações específicas de provedores sempre que possível!

Registro do Pacientes

NOME: (Impresso)	Último	Primeiro	Inicial do meio	Nome de preferência (se for diferente):
Sexo Legal (por favor, verifique um)* <i>*Embora a Island Heath Care (IHC) reconheça uma série de gêneros / sexos, muitas seguradoras e entidades legais infelizmente não o fazem. Por favor, esteja ciente de que o nome e o sexo que você listou em seu seguro devem ser usados em documentos relativos ao seguro, faturamento e correspondência. Se o seu nome preferido e referência de gênero são diferentes destes, por favor, deixe-nos saber no espaço à direita.</i>	() Feminino () Masculino			Preferido (se diferente):
Data de Nascimento:	Mês	Dia	Ano	Número do CPF

Suas respostas às perguntas a seguir nos ajudarão a entrar em contato com você de forma rápida e discreta com informações importantes.

Telefone Residencial () __ OK para deixar uma mensagem de voz	Celular () __ OK para mensagem de texto ou voz	Telefone comercial () __ OK para deixar uma mensagem de voz	Melhor número para chegar até você: __ casa __ célula __ trabalho
Endereço para correspondência: (Caixa Postal, se você tiver um)	Cidade	Estado	Código Postal
Endereço Físico	Cidade	Estado	Código Postal
Endereço eletrônico:			
Ocupação	Nome do Empregador/Escola	Você está coberto pelo seguro escolar ou do empregador <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
Você está aposentado? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se sim, data da aposentadoria:		
Nome do Contato de Emergência	Número de telefone	Relacionamento com você	

Essas informações são apenas para fins demográficos, sem identificadores pessoais e não afetam seus cuidados.

1.) Qual é a sua renda anual? \$ <input type="checkbox"/> Sem renda 2.) Quantas pessoas (incluindo você) sua renda sustenta? # _____	2.) Status de Veterano <input type="checkbox"/> Veterano <input type="checkbox"/> Não é um veterano <input type="checkbox"/> Outro 3.) Você mora em casas de repouso (por exemplo, casa de repouso assistida etc.)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	4.) Grupo (s) Racial (s) (marque todas as opções aplicáveis) <input type="checkbox"/> Afro-Americano / Preto <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Brasileiro/Afro-americano/ Preto <input type="checkbox"/> Brasileiro / Branco <input type="checkbox"/> Caucasiano / Branco <input type="checkbox"/> Nativo americano / nativo do Alasca / Inuit <input type="checkbox"/> Ilhas do Pacífico <input type="checkbox"/> Outros _____	5.) Ethnicity <input type="checkbox"/> Hispânico / Latino / Latina <input type="checkbox"/> Não hispânico / latino / latino <input type="checkbox"/> Brasileiro/Não Hispanico 6.) Status da moradia <input type="checkbox"/> Aluguel <input type="checkbox"/> Alojamento Público <input type="checkbox"/> Aluguel é baseado na renda <input type="checkbox"/> Dono de sua casa <input type="checkbox"/> Vivendo em abrigo <input type="checkbox"/> sem-teto ou em um abrigo para sem-teto
7.) Qual é o seu sexo? <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Que Gênero que se identifica ou não exclusivamente masculino ou feminino 8.) Qual foi o seu sexo atribuído ao nascimento? <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Masculino	9.) Você se considera como: <input type="checkbox"/> Lésbicas, gays ou homossexual <input type="checkbox"/> Heterossexual <input type="checkbox"/> Bissexual <input type="checkbox"/> Algo mais <input type="checkbox"/> Não sei	10.) Você se identifica como transexual? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim - homem para mulher <input type="checkbox"/> Sim - mulher para homem <input type="checkbox"/> Não sabe	11.) Fonte de referência (como você ficou sabendo sobre nós?) <input type="checkbox"/> Por se mesmo/a <input type="checkbox"/> Amigo ou membro da família <input type="checkbox"/> Provedor de Saúde <input type="checkbox"/> Pronto-Socorro <input type="checkbox"/> Anúncio / Internet / Mídia <input type="checkbox"/> Trabalhador social Escola <input type="checkbox"/> Outro _____
12.) Estado civil <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Amigado/a <input type="checkbox"/> Solteiro/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Outro _____	13.) Idioma preferido (escolha 1) <input type="checkbox"/> Inglês <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Português <input type="checkbox"/> Outros: _____	14.) Você é um trabalhador agrícola sazonal? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	15.) Você trabalha na área da saúde? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

**Por favor, forneça o(s) cartão(ões) de seguro ao(s) atendente(s) da recepção
(se tiver seguro de saúde)**

Seguradora Primária: _____	Seguradora Suplementar: _____
Nome do assinante: _____	Nome do assinante: _____
Relação com o Paciente: _____	Relação com o Paciente: _____
Número de seguro social do assinante: ____ - ____ - _____	Número de seguro social do assinante: ____ - ____ - _____
Data de nascimento (mês/dia/ano) ____ / ____ / ____	Data de nascimento (mês/dia/ano) ____ / ____ / ____

A pessoa que assina este formulário será anotada em nossos registros como o Garantidor da conta. Como tal, ele / ela receberá demonstrações financeiras do nosso escritório. Ambos os pais / responsáveis legais são responsáveis por qualquer equilíbrio financeiro, embora normalmente entremos em contato com o Garantidor primeiro.

Acordo Financeiro: Compreendo que sou financeiramente responsável por todos os encargos pelos serviços prestados a mim ou aos meus filhos dependentes, incluindo o saldo remanescente após o pagamento de possíveis benefícios de seguro de acordo com os termos do contrato da minha seguradora com a Island Health Care.

Cessão de Benefícios: Solicito que o pagamento dos benefícios médicos autorizados seja feito em meu nome diretamente à Island Health Care pelos serviços prestados. Autorizo qualquer detentor de informações médicas sobre mim a liberar para a(s) administração(ões) estadual(s) e/ou federal(is) e seus agentes ou outra seguradora, qualquer informação necessária para determinar esses benefícios a pagar por serviços relacionados. Esta Atribuição permanecerá em vigor até que seja revogada por mim por escrito. Uma fotocópia deste Contrato deve ser considerada tão válida quanto o original.

Assinatura do responsável: _____ Data: _____

Relação com o Paciente: _____

Island Health Care - Consentimento para tratamento

Nome do Paciente: _____ Data de Nascimento: _____
Imprensa Mês /Dia /Ano

Por meio deste, dou meu consentimento e autorizo a Island Health Care a tratar qualquer condição médica, desde que o prestador de cuidados tenha me explicado minha condição, os procedimentos de tratamento e métodos alternativos par o tratamento de minha condição. O prestador de cuidados discutiu comigo os riscos previsíveis do tratamento acima indicado e que podem haver resultados indesejáveis.

Autorizo o prestador de cuidados a realizar qualquer tratamento adicional ou diferente, que se julgue necessário, durante o tratamento, caso seja descoberta uma condição que não era conhecida anteriormente.

Entendo que a Island Health Care opera uma prática de médicos de família que integra serviços de saúde comportamental, o que significa que a equipe de saúde comportamental faz parte da minha equipe e experiência médica e que ser vista por um provedor de saúde comportamental através de médicos de família pode resultar em cobranças adicionais ao meu seguro médico. Isso também pode resultar em pagamento adicional da franquia. Reconheço que em casos de cobertura insuficiente, serei responsável pelo saldo remanescente.

Li cuidadosamente e compreendi completamente este Termo de Consentimento e todas as minhas perguntas foram respondidas adequadamente.

Contrato de Tratamento, Pagamento e Dados

- Autorizo exames e tratamentos para esta e todas as visitas médicas seguintes.
- Entendo que sou pessoalmente responsável por todas as cobranças e franquias. A assistência financeira está disponível para aqueles que se qualificam.
- Sou pessoalmente responsável por fornecer informações precisas e atuais sobre seguros.
- Autorizo uma fotocópia desta declaração para servir como original e o uso desta assinatura em todos os envios de seguros.
- Autorizo a divulgação de todas as informações necessárias para garantir o pagamento dos benefícios.
- Entendo que o Island Health Care pode usar dados desenvolvidos para e / ou fornecidos pelos clientes para determinar características gerais das comunidades que atende e que nenhuma dessas informações identificará de maneira alguma clientes individuais.
- Posso solicitar uma cópia do processo de Resolução de queixas e direitos dos pacientes da IHC.

Certifico que as informações acima são verdadeiras e corretas. Recebi uma cópia do Aviso de Direitos dos Pacientes do IHC.

Assinatura dos pais / responsável: _____ Data: _____ (Mês/Dia/Ano)

Informações gerais: O consentimento informado será obtido de todos os pacientes que acessam serviços médicos, de saúde comportamental e / ou serviços / atividades de pesquisa. O consentimento informado não é apenas um documento assinado. É um processo contínuo que considera as necessidades e preferências do paciente, em conformidade com as leis e regulamentos e entendimento do paciente. Direitos do Paciente / Resolução de Queixas.

O paciente e/ou a família, conforme apropriado, recebem informações sobre:

- A condição do paciente;
- Tratamentos, procedimentos ou atividades de pesquisa propostas;
- Potenciais benefícios e desvantagens dos tratamentos ou procedimentos propostos;
- problemas relacionados à recuperação;
- Tratamento (s) ou procedimento (s) alternativo (s);
- O médico ou outro profissional responsável primariamente pelo atendimento do paciente;
- Outros que autorizam ou realizam procedimentos ou tratamentos;
- Quaisquer relações comerciais entre indivíduos que tratam o paciente ou entre a organização e qualquer outra unidade de saúde.
- Any business relationships among individuals treating the patient, or between the organization and any other health facility.

AVISO DE PRÁTICAS DE PRIVACIDADE

ESTE AVISO DESCREVE COMO SUAS INFORMAÇÕES MÉDICAS PODEM SER USADAS E DIVULGADAS E COMO VOCÊ PODE TER ACESSO A ESTAS INFORMAÇÕES.

POR FAVOR, LEIA ATENTAMENTE.

Este estabelecimento é obrigada por lei a fornecer a você este Aviso para que você entenda como podemos usar ou compartilhar suas informações de seu Conjunto de Registros Designados. O conjunto de registros designados inclui informações financeiras e de saúde referidas neste Aviso como "Informações de saúde protegidas" ("PHI") ou simplesmente "informações de saúde". Somos obrigados a cumprir os termos descritos neste Aviso. Se você tiver alguma dúvida sobre este Aviso, entre em contato conosco.

ENTENDENDO SEU REGISTRO DE SAÚDE E INFORMAÇÕES

Cada vez que você é admitido em nossas instalações, é feito um registro de sua estadia contendo informações financeiras e de saúde. Normalmente, esse registro contém informações sobre sua condição, o tratamento que oferecemos e o pagamento pelo tratamento. Podemos usar e / ou divulgar essas informações para:

- planejar seus cuidados e tratamento
- comunicarmos com outros profissionais de saúde envolvidos em seu tratamento
- documentar os cuidados que você recebe
- educar profissionais de saúde
- fornecer informações para pesquisas médicas
- fornecer informações a funcionários de saúde pública
- avaliar e melhorar o atendimento que oferecemos
- obter o pagamento pelos cuidados que prestamos

Entender o que está em seu registro e como suas informações de saúde são usadas para ajudar você a:

- garantir que seja preciso
- compreender melhor quem pode acessar suas informações de saúde
- tomar decisões mais informadas ao autorizar a divulgação a terceiros

COMO PODEMOS USAR E DIVULGAR INFORMAÇÕES DE SAÚDE PROTEGIDAS SOBRE VOCÊ

As categorias a seguir descrevem as maneiras como usamos e divulgamos informações de saúde. Nem todo uso ou divulgação em uma categoria será listado. No entanto, todas as formas que temos permissão para usar e divulgar informações se enquadram em uma dessas categorias.

- Para tratamento. Podemos usar ou divulgar informações de saúde sobre você para lhe fornecer tratamento médico. Podemos divulgar informações de saúde sobre você para médicos, enfermeiras, terapeutas ou outro pessoal do estabelecimento que esteja envolvido em cuidar de você em um estabelecimento. Por exemplo, um médico que está tratando de uma perna quebrada pode precisar saber se você tem diabetes porque o diabetes pode retardar o processo de cicatrização. Além disso, o médico pode precisar informar o nutricionista se você tem diabetes para que possamos planejar suas refeições. Diferentes departamentos de uma instituição também podem compartilhar informações de saúde sobre você a fim de coordenar seus

cuidados e fornecer medicamentos, exames laboratoriais e raios-x. Também podemos divulgar informações de saúde sobre você para pessoas de fora da Instituição que podem estar envolvidas em seus cuidados médicos, após você deixar esta Instituição. Isso pode incluir membros da família ou enfermeiras visitantes para prestar cuidados em sua casa.

- Para pagamento. Podemos usar e divulgar suas informações de saúde para que o tratamento e os serviços que você recebe em uma instituição sejam cobrados de você, de uma seguradora ou de terceiros. Por exemplo, para recebermos, podemos precisar compartilhar informações com seu plano de saúde sobre os serviços prestados a você. Também podemos informar ao seu plano de saúde sobre um tratamento que você receberá para obter aprovação prévia ou para determinar se o seu plano cobrirá o tratamento.
- Para atividades operacionais na área da saúde. Podemos usar e divulgar informações de saúde sobre você para nossas atividades operacionais de saúde do dia a dia. Isso é necessário para garantir que todos os residentes recebam atendimento de qualidade. Por exemplo, podemos usar informações de saúde para atividades de avaliação e melhoria da qualidade e para desenvolver e avaliar protocolos clínicos. Também podemos combinar informações de saúde sobre muitos residentes para ajudar a determinar quais serviços adicionais devem ser oferecidos, quais serviços devem ser descontinuados e se certos novos tratamentos são eficazes. As informações de saúde sobre você podem ser usadas por nosso escritório corporativo para desenvolvimento e planejamento de negócios, análises de gerenciamento de custos, reclamações de seguros, atividades de gerenciamento de risco e no desenvolvimento e teste de sistemas e programas de informação. Também podemos usar e divulgar informações para análise profissional, avaliação de desempenho e para programas de treinamento. Outros aspectos das atividades operacionais de saúde que podem exigir o uso e divulgação de suas informações de saúde incluem atividades de credenciamento, certificação, licenciamento e credenciamento, análise e auditoria, incluindo análises de conformidade, análises médicas, serviços jurídicos e programas de conformidade. Suas informações de saúde podem ser usadas e divulgadas para a gestão de negócios e atividades gerais da Instituição, incluindo a resolução de reclamações internas, atendimento ao cliente e devida diligência em relação à venda ou transferência da Instituição. Em circunstâncias limitadas, podemos divulgar suas informações de saúde a outra entidade sujeita à HIPAA para suas próprias operações de saúde. Podemos remover informações que identificam você para que as informações de saúde possam ser usadas para estudar os cuidados de saúde e a prestação de cuidados de saúde sem conhecer a identidade dos residentes. Podemos divulgar sua idade, data de nascimento e informações gerais sobre você no boletim informativo do Instituto, em calendários de atividades e para entidades na comunidade que desejam reconhecer seu aniversário ou comemorar suas realizações em ocasiões especiais. Se você estiver recebendo serviços de terapia, podemos postar sua fotografia e informações gerais sobre seu progresso.

OUTROS USOS PERMITIDOS DAS SUAS INFORMAÇÕES DE SAÚDE

- **Parceiros de negócios.** Existem alguns serviços prestados em nossas Instituições por meio de contratos com parceiros comerciais. Os exemplos incluem diretores médicos, advogados que trabalham em outras Instituições e um serviço de cópia que usamos ao fazer cópias de seu registro de saúde. Quando esses serviços são contratados, podemos divulgar suas informações de saúde para que possam realizar o trabalho que solicitamos e cobrar de você ou de seu terceiro pagador pelos serviços prestados. Para proteger suas informações de saúde, entretanto, exigimos que o parceiro comercial proteja suas informações de maneira adequada.
- **Provedores.** Muitos serviços prestados a você, como parte de seus cuidados em nossas Instituições, são oferecidos por participantes em um de nossos planos de saúde organizados. Esses participantes incluem uma variedade de provedores, como médicos (por exemplo, MD, DO, Podiatra, Dentista, Optometrista), terapeutas (por exemplo, Fisioterapeuta, Terapeuta ocupacional, Fonoaudiólogo), unidades portáteis de radiologia, laboratórios clínicos, cuidadores

de hospice, farmácias, psicólogos, serviços sócioais fornecedores (por exemplo, próteses, órteses).

- **Alternativas de tratamento.** Podemos usar e divulgar informações de saúde para informá-lo sobre possíveis opções de tratamento ou alternativas que podem ser do seu interesse.
- **Benefícios e serviços e lembretes relacionados à saúde.** Podemos entrar em contato com você para fornecer lembretes de compromissos ou informações sobre alternativas de tratamento ou outros benefícios e serviços relacionados à saúde que podem ser do seu interesse.
- **Atividades de angariação de fundos.** Podemos usar suas informações de saúde para entrar em contato com você a fim de arrecadar dinheiro como parte de um esforço de arrecadação de fundos. Podemos divulgar informações de saúde a uma fundação relacionada com a Instalação, para que a fundação possa contatá-lo para levantar dinheiro para a Instituição. Só divulgaremos informações de contato, como seu nome, endereço e número de telefone e as datas em que você recebeu tratamento ou serviços no Centro.
- **Diretório do Estabelecimento.** Podemos incluir informações sobre você no diretório da instituição/ estabelecimento enquanto você for residente. Essas informações podem incluir seu nome, localização na instituição, sua condição geral (por exemplo, aceitáveis, estável, etc.) e sua religião. As informações do diretório, exceto sua religião, podem ser divulgadas para pessoas que perguntam por você pelo nome. Sua religião pode ser dada a um membro do clero, como um padre ou rabino, mesmo que eles não perguntem por você pelo nome. Isso é para que sua família, amigos e clérigos possam visitá-lo nas instalações da instituição e saber como você está indo.
- **Indivíduos envolvidos em seus cuidados ou pagamento por seus cuidados.** A menos que você se oponha, podemos divulgar suas informações de saúde a um amigo ou familiar que esteja envolvido em seus cuidados. Também podemos fornecer informações a alguém que ajuda a pagar por seus cuidados. Além disso, podemos divulgar informações de saúde sobre você a uma entidade que auxilia com resgates em caso de desastre, para que sua família possa ser notificada sobre sua condição, status e localização.
- **Conforme exigido por lei.** Divulgaremos informações de saúde sobre você quando exigido por lei federal, estadual ou local.
- **Para evitar uma ameaça séria à saúde ou segurança.** Podemos usar e divulgar informações de saúde sobre você para evitar uma ameaça séria à sua saúde e segurança ou à saúde e segurança do público ou de outra pessoa. Faríamos isso apenas para ajudar a prevenir a ameaça.
- **Doação de órgãos e tecidos.** Se você for um doador de órgãos, podemos divulgar informações de saúde para organizações que lidam com a obtenção de órgãos para facilitar a doação e o transplante.
- **Militares e veteranos.** Se você for um membro das forças armadas, podemos divulgar suas informações de saúde conforme exigido pelas autoridades militares. Também podemos divulgar informações de saúde sobre militares estrangeiros à autoridade militar estrangeira apropriada.
- **Pesquisa.** Sob certas circunstâncias, podemos usar e divulgar informações de saúde sobre você para fins de pesquisa. Por exemplo, um projeto de pesquisa pode envolver a comparação da saúde e recuperação de todos os residentes que receberam um medicamento com aqueles que receberam outro, para a mesma condição. Todos os projetos de pesquisa, entretanto, estão sujeitos a um processo especial de aprovação. Este processo avalia uma proposta de projeto de pesquisa e seu uso de informações de saúde, tentando equilibrar as necessidades de pesquisa com a necessidade dos residentes de privacidade de suas informações de saúde. Antes de usarmos ou divulgarmos informações de saúde para pesquisa, o projeto terá sido aprovado por meio deste processo de aprovação de pesquisa. Podemos, no entanto, divulgar informações de saúde sobre você para pessoas que estão se preparando para conduzir um projeto de pesquisa, desde que as informações de saúde que analisam não saiam de um estabelecimento.

- **Compensação de trabalhadores.** Podemos divulgar informações de saúde sobre você para compensação de trabalhadores ou programas semelhantes. Esses programas oferecem benefícios para lesões ou doenças relacionadas ao trabalho.
- **Relatórios** de leis federais e estaduais podem exigir ou permitir que a instituição divulgue certas informações de saúde relacionadas ao seguinte:
 - Riscos para a saúde pública. Podemos divulgar informações de saúde sobre você para fins de saúde pública, incluindo:
 - Prevenção ou controle de doenças, lesões ou deficiências
 - Notificação de nascimentos e mortes;
 - Reportar abuso ou negligência infantil;
 - Reportar reações a medicamentos ou problemas com produtos;
 - Notificar as pessoas sobre recalls de produtos;
 - Notificar uma pessoa que pode ter sido exposta a uma doença ou pode estar em risco de contrair ou disseminar uma doença;
 - Notificar a autoridade governamental apropriada se acreditarmos que um residente foi vítima de abuso, negligência ou violência doméstica. Só faremos essa divulgação se você concordar ou quando exigido ou autorizado por lei.
 - *Atividades de supervisão de saúde.* Podemos divulgar informações de saúde a uma agência de supervisão de saúde para atividades autorizadas por lei. Essas atividades de supervisão podem incluir auditorias, investigações, inspeções e licenciamento. Essas atividades são necessárias para que o governo monitore o sistema de saúde, os programas governamentais e o cumprimento das leis de direitos civis.
 - *Processos Judiciais e Administrativos:* Se você estiver envolvido em uma ação judicial ou disputa, podemos divulgar suas informações de saúde em resposta a um tribunal ou ordem administrativa. Também podemos divulgar informações de saúde sobre você em resposta a uma intimação, solicitação de descoberta ou outro processo legal por outra pessoa envolvida na disputa, mas apenas se esforços foram feitos para informá-lo sobre a solicitação ou para obter uma ordem protegendo as informações Requeridos.
 - *Relatando Abuso, Negligência ou Violência Doméstica:* Notificar a agência governamental apropriada se acreditarmos que um residente foi vítima de abuso, negligência ou violência doméstica.
- **Aplicação da lei.** Podemos divulgar informações de saúde quando solicitadas por um oficial da lei:
 - Em resposta a uma ordem judicial, intimação, mandado, intimação ou processo semelhante;
 - Para identificar ou localizar um suspeito, fugitivo, testemunha material ou pessoa desaparecida;
 - Sobre você, vítima de um crime se, em certas circunstâncias limitadas, não conseguirmos obter o seu acordo;
 - Sobre uma morte que acreditamos ser o resultado de conduta criminoso;
 - Sobre a conduta criminoso na instituição ; e
 - Em circunstâncias de emergência para denunciar um crime; a localização do crime ou das vítimas; ou a identidade, descrição ou localização da pessoa que cometeu o crime.
- **Médicos legistas e agentes funerários.** Podemos divulgar informações médicas a um ou médico legista. Isso pode ser necessário para identificar uma pessoa falecida ou determinar a causa da morte. Também podemos divulgar informações médicas aos agentes funerários conforme necessário para o desempenho de suas funções.
- **Atividades de Segurança e Inteligência Nacional.** Podemos divulgar suas informações de saúde a funcionários federais autorizados para serviço de inteligência, contra-espionagem e outras atividades de segurança nacional autorizadas por lei.

- **Instituição correcional:** Caso você seja um presidiário de uma instituição correcional, podemos divulgar à instituição ou a seus agentes as informações de saúde necessárias para sua saúde e a saúde e segurança de outras pessoas.

OUTROS USOS DAS INFORMAÇÕES DE SAÚDE

Outros usos e divulgações de informações de saúde não cobertos por este Aviso ou pelas leis que se aplicam a nós serão feitos somente com sua permissão por escrito. Se você nos fornecer permissão para usar ou divulgar informações de saúde sobre você, pode revogar essa permissão, por escrito, a qualquer momento. Se você revogar sua permissão, não usaremos mais ou divulgaremos informações de saúde sobre você pelos motivos cobertos por sua autorização por escrito. Você entende que não podemos retirar quaisquer divulgações que já fizemos com sua permissão, e que somos obrigados a manter nossos registros dos cuidados que prestamos a você.

SEUS DIREITOS COM RELAÇÃO ÀS SUAS INFORMAÇÕES DE SAÚDE

Embora seu registro de saúde seja propriedade do Estabelecimento, as informações pertencem a você. Você tem os seguintes direitos em relação às suas informações de saúde:

- **Direito de inspecionar e copiar.** Com algumas exceções, você tem o direito de revisar e copiar suas informações de saúde.

Você deve enviar sua solicitação por escrito ao departamento de registros médicos. Podemos cobrar uma taxa pelos custos de cópia, envio pelo correio ou outros suprimentos associados à sua solicitação.

- **Direito de alterar.** Se você acha que as informações de saúde em seu registro estão incorretas ou incompletas, você pode nos pedir para corrigir as informações. Você tem esse direito enquanto as informações forem mantidas por ou para a Instituição.

Você deve enviar sua solicitação por escrito ao Departamento de Registros Médicos. Além disso, você deve fornecer um motivo para sua solicitação.

Podemos negar o seu pedido de alteração se não for por escrito ou se não incluir um motivo para apoiar o pedido. Além disso, podemos negar sua solicitação se você nos pedir para corrigir informações que:

- Não foi criado por nós, a menos que a pessoa ou entidade que criou as informações não esteja mais disponível para fazer a alteração;
 - Não faz parte das informações de saúde mantidas por ou para o Estabelecimento; ou
 - É preciso e completo.
- **Direito a uma contabilidade de divulgações.** Você tem o direito de solicitar uma "contabilização das divulgações". Esta é uma lista de certas divulgações que fizemos de suas informações de saúde, exceto aquelas feitas para fins como tratamento, pagamento ou administração de cuidados de saúde.

Você deve enviar sua solicitação por escrito ao Departamento de Registros Médicos. O seu pedido deve indicar um período de tempo que não pode ser superior a seis anos a partir da data de envio do pedido e não pode incluir datas anteriores a 14 de abril de 2003. O seu pedido deve indicar em que formato deseja a lista (por exemplo, em papel ou eletronicamente). A primeira lista que você solicitar dentro de um período de 12 meses será gratuita. Para listas adicionais, podemos cobrar de você os custos de fornecimento da lista. Iremos notificá-lo dos custos

envolvidos e você pode optar por retirar ou modificar sua solicitação naquele momento, antes que quaisquer custos sejam incorridos.

- **Direito de solicitar restrições.** Você tem o direito de solicitar uma restrição ou limitação nas informações de saúde que usamos ou divulgamos sobre você. Por exemplo, você pode solicitar que limitemos as informações de saúde que divulgamos a alguém que esteja envolvido em seus cuidados ou no pagamento por eles. Você pode solicitar que não usemos ou revelemos informações sobre uma cirurgia que você fez a um familiar ou amigo.

Não somos obrigados a concordar com sua solicitação. Se concordarmos, atenderemos sua solicitação, a menos que as informações sejam necessárias para fornecer a você tratamento de emergência.

Você deve enviar sua solicitação por escrito ao Departamento de Registros Médicos. Em sua solicitação, você deve nos informar (1) quais informações deseja limitar; (2) se você deseja limitar nosso uso, divulgação ou ambos; e (3) a quem você deseja que os limites se apliquem, por exemplo, divulgações ao seu cônjuge.

- **Direito de solicitar comunicações alternativas.** Você tem o direito de solicitar que nos comuniquemos com você sobre questões médicas de maneira confidencial ou em um local específico. Por exemplo, você pode solicitar que entremos em contato com você apenas por correio para uma caixa postal.

Você deve enviar sua solicitação por escrito ao Departamento de Registros Médicos. Não iremos perguntar-lhe o motivo do seu pedido. Sua solicitação deve especificar como ou onde você deseja ser contatado. Aceitaremos todos os pedidos razoáveis.

- **Direito a uma cópia impressa deste aviso.** Você tem direito a uma cópia impressa deste Aviso de Práticas de Privacidade, mesmo que tenha concordado em receber o Aviso eletronicamente. Você pode nos solicitar uma cópia deste Aviso a qualquer momento.
- ***Você pode obter uma cópia deste Aviso em nosso site, www.ihimv.org.***

Para obter uma cópia impressa deste Aviso, entre em contato com o Departamento de Registros Médicos 508-939-9358 ramal 127

ALTERAÇÕES A ESTE AVISO

Reservamo-nos o direito de alterar este aviso. Nós nos reservamos o direito de tornar o Aviso revisado ou alterado válido para as informações de saúde que já temos sobre você, bem como quaisquer informações que recebermos no futuro. Publicaremos uma cópia do Aviso atual na Instituição e no site. O Aviso especificará a data efetiva na primeira página, no canto superior direito. Além disso, se alterações materiais forem feitas a este Aviso, o Aviso conterà uma data efetiva para as revisões e cópias podem ser obtidas entrando em contato com o administrador da Instituição .

RECLAMAÇÕES

Se você acredita que seus direitos de privacidade foram violados, você pode registrar uma reclamação junto ao Estabelecimento ou ao Secretário do Departamento de Saúde e Serviços Humanos. Para registrar uma reclamação junto à Instituição, entre em contato com o Departamento de Registros Médicos. Todas as reclamações devem ser apresentadas por escrito. Você não será penalizado por apresentar uma queixa.

RECONHECIMENTO DE RECEBIMENTO DE AVISO DE PRÁTICAS DE PRIVACIDADE

Nome do paciente: _____ Data de nascimento (Mês/Dia/Ano): _____

Recebi uma cópia do Aviso de Práticas de Privacidade da Island Health Care ("Aviso"), que descreve como minhas informações de saúde são usadas e compartilhadas. Eu entendo que a Island Health Care tem o direito de alterar este Aviso a qualquer momento. Posso obter uma cópia atualizada entrando em contato com o agente de privacidade do Island Health Care ou visitando o site da Island Health Care em www.ihimv.org.

Minha assinatura abaixo confirma que recebi uma cópia do *Aviso de Práticas de Privacidade*:

Assinatura dos Pais ou Responsável Legal do Paciente

Data

Nome impresso

(Se aplicável) Título do Representante Pessoal (por exemplo, Procuração para Assistência à Saúde)

Apenas para uso na Island Health Care: Preencha esta seção se você não conseguir obter uma assinatura.

1. Se o paciente ou representante pessoal não puder ou não quiser assinar este Reconhecimento, ou se o Reconhecimento não for assinado por qualquer outro motivo, indique o motivo:

2. Descreva as etapas realizadas para obter a assinatura do paciente (ou representante pessoal) no Reconhecimento

Completado por:

Assinatura do Representante de Saúde da Island Health Care

Data

Nome impresso

COMO PACIENTE DESTE POSTO DE SAÚDE COMUNITÁRIO, VOCÊ TEM DIREITO A:

1. Escolher seu médico ou enfermeiro
2. Receber uma fatura com a relação do que está sendo cobrado
3. Saber os nomes e funções das pessoas que cuidam de você
4. Ter certeza de que apenas seu médico ou enfermeiro terá acesso ao seu prontuário
5. Ser respondido rapidamente quando fizer alguma pergunta
6. Saber como interagimos com outras unidades para cuidar de você
7. Receber uma cópia do regulamento do paciente
8. Ser informado sobre cuidados médicos gratuitos ou de baixo custo
9. Ter acesso e receber uma cópia de seu prontuário
10. Não aceitar que estudantes ou observadores ajudem a cuidar de você
11. Recusar fazer parte de projetos de pesquisa ou educação
12. Ficar sozinho com seu médico ou enfermeiro quando estiver sendo tratado
13. Ser tratado imediatamente quando estiver em risco de morte, mesmo que não tenha seguro ou não possa pagar
14. Ser informado sobre qualquer teste ou tratamento antes de aceitá-lo
15. Receber cópias das faturas enviadas a outras unidades que vierem a cuidar de você
16. Saber como seu médico trabalha com outras unidades que tomam conta de você, inclusive se ele está sendo pago por eles
17. Receber cópias das faturas ou recibos de pagamento da sua seguradora ou do programa de assistência médica
18. Ser informada sobre todas as possibilidades de tratamento, se for portadora de câncer de mama
19. Ser informada de todos os riscos quando estiver recebendo implante de seio
20. Para parturientes, tomar conhecimento de todos os procedimentos durante o trabalho de parto e o nascimento
21. Receber ajuda quando sentir dor

Solicitação de desconto de taxa móvel de cuidados de saúde da ilha

Como funciona a escala de taxa deslizante?

Como um Federally Qualified Health Center (FQHC), o Island Health Care oferece um desconto de taxa móvel para pacientes com renda qualificada. Mesmo se você tiver seguro, ainda poderá ser elegível para uma taxa deslizante. Para determinar se você é elegível para este desconto, você precisará preencher e assinar este formulário. Além desta inscrição, você precisará fornecer ao IHC os seguintes documentos para solicitar o desconto da taxa móvel:

Comprovante de renda para você e qualquer pessoa que resida em sua casa. Os seguintes itens podem ser usados como comprovante de renda:

- Dois contracheques mais recentes
- Declarações de imposto de renda mais recentes com W-2s e/ou 1099s anexados
- Carta do empregador: Para aqueles que não recebem um salário real, pode ser aceita uma carta do seu empregador detalhando a renda bruta atual e a frequência dos períodos de pagamento. As informações de contato devem ser fornecidas para que as informações possam ser verificadas.
- Qualquer outra documentação de renda (ou seja, declaração de benefícios de desemprego, carta de benefícios de previdência social, carta de benefícios de assistência pública, etc.)
- Autodeclaração de renda zero

Anexe cópias de todos os documentos ou declarações de autodeclaração usadas como comprovante de renda.

Se você precisar de ajuda para preencher este formulário ou tiver alguma dúvida, ligue para nossa Coordenador de Extensão e Matrícula, Keira Peters, pelo telefone (339) 240-3918.

OBSERVAÇÃO: De acordo com as regulamentações federais, para oferecer a você um desconto em nossos serviços, é necessário que façamos algumas perguntas pessoais. Suas respostas serão mantidas em arquivo e em estrita confidencialidade. Sua renda anual e o tamanho da sua família serão usados para calcular seu desconto. Você deve verificar sua renda todos os anos. A IHC realiza todas as renovações anuais de taxas móveis em abril, porque é mais fácil para os pacientes obterem seus documentos de verificação de renda durante a temporada de impostos. Lembre-se de guardar seus documentos fiscais em abril, e a IHC entrará em contato para renovar sua elegibilidade para o programa de taxas móveis!

Nome Completo do Requerente (primeiro, meio, último):	Data de hoje:
Endereço para correspondência:	Data de Nascimento (MM/DD/AAAA):
Cidade (*): Estado (*) Código postal:	Número de telefone principal (melhor número para entrar em contato com você):

Você está coberto ou elegível para qualquer apólice de seguro de saúde, incluindo cobertura estrangeira, Health Insurance Marketplace, Veterans' Benefit, Medicaid (MassHealth) e/ou Medicare?

SIM NÃO

Se sim, forneça as seguintes informações:

Titular da Apólice (Nome Completo): _____

Segurador: _____ Número da polícia: _____

Membros da família e renda bruta(filhos dependentes, cônjuge/companheiro, pais ou sogros) ** Os documentos comprovativos de renda devem ser fornecidos para cada membro da família **

Número de membros imediatos da família no domicílio: _____ *Por favor, liste cada membro da família abaixo:*

Nome	Data de nascimento	Relação	Empregado?	Rendimento anual
			Sim / Não	\$
			Sim / Não	\$
			Sim / Não	\$
			Sim / Não	\$
			Sim / Não	\$
RENDA TOTAL DA FAMÍLIA (somar a renda anual de cada membro da família):				\$

***Seção de renda zero

Certifico que as informações fornecidas são precisas de acordo com meu conhecimento e que, se pagar uma taxa com desconto pela visita de hoje, **fornecerei a documentação necessária ao IHC dentro de 14 dias** ou até o momento da minha próxima visita, o que ocorrer primeiro. **Se, após análise, o IHC determinar que NÃO sou elegível para um desconto ou não enviar a documentação de acompanhamento necessária, concordo que sou responsável pela taxa sem desconto para a visita de hoje.** Entendo que serei solicitado a atualizar essas informações anualmente. Entendo que sou totalmente responsável pela minha fatura se não cumprir os requisitos acima.

Nome Completo (Impressão)

Assinatura

Data de hoje

SE VOCÊ NÃO TEM RENDA, POR FAVOR, PREENCHA TODAS AS PERGUNTAS SEGUINTE PARA SE QUALIFICAR PARA UM DESCONTO:

Nome do último empregador: _____ Data do último trabalho: _____

Valor de salário já recebido este ano? _____

Por favor, explicar como foram atendidas suas necessidades básicas (como você faz para pagar):

Comida _____ Utilitários: _____ Abrigo: _____ Itens não-alimentares: _____

_____, certifico que não tive nenhuma fonte de renda desde _____.