

Registro do Paciente

As informações em seu prontuário médico são confidenciais e estão protegidas pelas Leis Gerais de Massachusetts, cap. 111, Seção 70. Seu consentimento por escrito será necessário para a divulgação de informações, exceto no caso de uma ordem judicial.

Você precisa de um intérprete para sua consulta?
Sim ___ não ___

Medical Record #
(For office use only) V. 4_9_2021


Nome Legal (Imprensa) Último	Primeiro	Nome do Meio (Inicial)	Nome usado (se diferente):
Sexo legal (marque uma) * () Feminino () Masculino			Preferido (se diferente):
*Embora o Island Health Care (IHC) reconheça vários gêneros / sexos, muitas companhias de seguros e entidades legais infelizmente não o fazem. Esteja ciente de que o nome e o sexo que você listou no seu seguro devem ser usados em documentos referentes a seguros, cobrança e correspondência. Se o seu nome preferido e a referência de gênero forem diferentes, informe-nos no espaço à direita. Preferido (se diferente):			
Data de Nascimento	Mês /Dia /Ano	Seguro Social #	

Suas respostas às perguntas a seguir nos ajudarão a acessar rápida e confidencialmente informações importantes

Telefone residencial () _____ - _____ <input type="checkbox"/> OK para deixar uma mensagem de voz	Celular () _____ - _____ <input type="checkbox"/> OK para deixar uma mensagem de voz	Telefone de Trabalho () _____ - _____ <input type="checkbox"/> OK para deixar uma mensagem de voz	Melhor número para entrar em contato com você: <input type="checkbox"/> Home <input type="checkbox"/> Cell <input type="checkbox"/> Work
Endereço (P.O. Box Se você tiver um)	Cidade	Estado	ZIP
Endereço de e-mail:			
Profissão	Nome do empregador / escola	Você está coberto pelo seguro da escola ou do empregador? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> não	
Nome do contato de emergência	Número de telefone	Relação com você	
<i>Se você tem menos de 18 anos, o Departamento de Saúde Pública exige que você forneça informações de contato dos pais/responsáveis.</i>			
Nome dos pais / responsável	Número de telefone	Relação 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	3) Seguro 3a) Segurador (Primário): Assinante: _____ Número de Identidade do assinante: _____ 3b) Segurador (Secundário): Assinante: _____ Número de Identidade do assinante: _____	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"/> Island Ilhas do Pacífico <input type="checkbox"/> Outro _____	5.) Etnia <input type="checkbox"/> Hispânico / Latino / Latina <input type="checkbox"/> Não hispânico / latino / latina <input type="checkbox"/> Brasileiro/Não Hispanico
1a.) Quantas pessoas (incluindo você) sua renda sustenta? # _____			6.) Status da Habitação <input type="checkbox"/> Aluguel <input type="checkbox"/> Habitação pública? <input type="checkbox"/> O aluguel é baseado na renda? <input type="checkbox"/> Casa própria <input type="checkbox"/> Vivendo em moradias de transição <input type="checkbox"/> Abrigo para sem-teto ou sem-teto
2.) Status militar <input type="checkbox"/> Veterano <input type="checkbox"/> Não é veteran <input type="checkbox"/> Outro _____			
7.) Qual é o seu sexo? <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Que Gênero que procura ou não exclusivamente masculino ou feminine	9.) Você se considera como: <input type="checkbox"/> Lésbicas, gays ou homossexual <input type="checkbox"/> Reto ou heterossexual <input type="checkbox"/> Bissexual <input type="checkbox"/> Algo mais <input type="checkbox"/> Não sei	11.) Fonte de referência (como você ficou sabendo sobre nós?) <input type="checkbox"/> Auto <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 <input type="checkbox"/> Escola <input type="checkbox"/> Outro _____	13.) Idioma preferido (escolha 1) <input type="checkbox"/> Inglês <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Portugues <input type="checkbox"/> Outros _____
8.) Qual foi o seu sexo atribuído ao nascimento? <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Masculino	10.) Você se identifica como transexual ou transexual? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim --- homem para mulher <input type="checkbox"/> Sim --- mulher para homem <input type="checkbox"/> Não conhece homem	12.) Estado civil <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Parceiro/a <input type="checkbox"/> Solteiro/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Outro _____	14.) Trabalhador, rural temporário ou/de curtc duração? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

Vire por favor 

Island Health Care -- Consentimento para tratamento

Nome do Paciente: _____ Data de Nascimento: _____ Hora: _____ (A.M./P.M.)
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 de 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 práticas de privacidade da IHC (HIPAA) e dos direitos e responsabilidades dos pacientes.

Assinatura do paciente: _____ 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 principalmente pelo atendimento do paciente;;
- Outros que autorizam ou realizam procedimentos ou tratamentos;; e
- Quaisquer relações comerciais entre indivíduos que tratam o paciente ou entre a organização e qualquer outra unidade de saúde.