

Nome do paciente: _____ Data de nascimento: _____



Harbor Community Health Center

Cadastro de novos pacientes

Data de hoje: _____

Nome _____ Inicial do meio _____ Sobrenome _____

Data de nascimento _____ E-mail _____

Endereço residencial _____

Rua _____ *Cidade* _____ *Estado* _____ *Código Postal* _____

Endereço postal (se diferente) _____

Rua _____ *Cidade* _____ *Estado* _____ *Código Postal* _____

Telefone residencial _____ No trabalho _____ Celular/outros _____

Preferência de contato inicial ___ Residência ___ Trabalho ___ Celular/outros

Estas informações somente serão acessadas pelo pessoal de cadastramento, os administradores do centro de saúde e o pessoal envolvido na supervisão e melhoria da qualidade. A confidencialidade de suas declarações é protegida por lei.

Como soube do nosso centro de saúde? _____

Defina como devemos entrar em contato com você para lembrar as consultas marcadas:

- Secretária eletrônica Sim / Não
 Mensagens de texto Sim / Não
 E-mail Sim / Não E-mail: _____

Pessoa de contato para emergências:

Nome _____ Telefone _____

Relacionamento com paciente _____ Data de nascimento _____

Pessoa responsável / (se diferente do paciente):

Sobrenome _____ Inicial do meio _____ Nome _____

Endereço _____ Telefone _____

Data de nascimento _____ Relacionamento com paciente _____

Harbor Community Health Center

Cadastro de novos pacientes

Informe-nos a sua identidade cultural para que possamos analisar o tratamento que todos os pacientes recebem e garantir-lhes a melhor qualidade de atendimento.

(Selecione a identidade cultural que, em sua opinião, melhor reflete o seu modo de ser e experiências na vida)

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="radio"/> Africano
(Especifique: _____) | <input type="radio"/> Cubano | <input type="radio"/> Do Oriente Médio
(especifique: _____) |
| <input type="radio"/> Afro-americano | <input type="radio"/> Dominicano | <input type="radio"/> Português |
| <input type="radio"/> Americano | <input type="radio"/> Filipino | <input type="radio"/> Porto-riquenho |
| <input type="radio"/> Indiano | <input type="radio"/> Guatemalteco | <input type="radio"/> Russo |
| <input type="radio"/> Brasileiro | <input type="radio"/> Haitiano | <input type="radio"/> Salvadorenho |
| <input type="radio"/> Cabo-verdiano | <input type="radio"/> Hondurenho | <input type="radio"/> Vietnamita |
| <input type="radio"/> Das ilhas do Caribe
(especifique: _____) | <input type="radio"/> Japonês | <input type="radio"/> Outras (especifique: _____) |
| <input type="radio"/> Chinês | <input type="radio"/> Coreano | <input type="radio"/> Desconhecida/não especificada |
| <input type="radio"/> Colombiano | <input type="radio"/> Laosiano | |
| | <input type="radio"/> Mexicano, Americano de
origem mexicana, 'Chicano' | |

Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	Raça: Selecione pelo menos uma das opções <input type="checkbox"/> Indígena americano / alaskiano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro ou afro-americano <input type="checkbox"/> Nativo do Haváí <input type="checkbox"/> De outras ilhas do Pacífico <input type="checkbox"/> Branco	Você é veterano de guerra? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Estado civil <input type="checkbox"/> Solteiro(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Outro: _____	Nível máximo de escolaridade: nos EUA / fora dos EUA <input type="checkbox"/> Nenhuma escolaridade <input type="checkbox"/> Não se formou no ensino médio <input type="checkbox"/> Ensino médio completo / GED <input type="checkbox"/> Outros: _____	Você é um trabalhador imigrante? (setor agrícola) <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sazonal
Qual é a sua etnia? <input type="checkbox"/> Hispânico <input type="checkbox"/> Não hispânico <input type="checkbox"/> Não quero responder <input type="checkbox"/> Desconhecida <input type="checkbox"/> (Especifique: _____)	Idioma original: _____ Você precisa de intérprete? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	



Nome do paciente: _____ Data de nascimento: _____

Harbor Community Health Center

Autorização para fotografia

Autorizo a Harbor Health Services, Inc. (HHSI) a tirar minha foto digital.

Sei que:

- A foto ficará guardada permanentemente junto com meus dados médicos.
- A foto será usada para minha identificação quando vier aqui para atendimento.
- A foto será guardada com segurança para proteger a minha privacidade.
- A foto **NÃO** será utilizada fora do centro de saúde HHSI, exceto mediante minha autorização (ou de meu representante legal) por escrito.
- O centro de saúde HHSI será o proprietário da foto. Se eu ou meu representante legal assinar um formulário de liberação, poderei ver a foto ou obter cópias.

Assinatura do paciente / representante _____ Data _____

Relacionamento com paciente _____ Data _____

Assinatura de funcionário do HHSI _____ Paciente não autorizou foto _____

Confirmação do paciente de que recebeu a NOTIFICAÇÃO DE PRÁTICAS SOBRE A PRIVACIDADE da Harbor Health Services, Inc.

Recebi a Notificação de Práticas de Privacidade da Harbor Health Services, Inc..

Assinatura do paciente / representante _____ Data _____

Relacionamento com paciente _____ Data _____

Assinatura do funcionário do HHSI _____ Paciente se recusou a assinar _____



Nome do paciente: _____ Data de nascimento: _____

Harbor Health Services, Inc.

Declaração de situação financeira

Nome do paciente: _____

Endereço: _____

Data de nasc.: _____

Telefone: _____

E-mail: _____

Por que a Harbor Health precisa destas informações?

Nosso Centro de Saúde Comunitário recebe fundos federais para prestar serviços e atendimento aos nossos pacientes. Para continuar a receber esses fundos, somos obrigados a pedir e a atualizar essas informações anualmente.

A confidencialidade dessas informações é protegida por lei.

Tamanho da família

Incluindo você, seu cônjuge e todos os filhos dependentes (aqueles com 18 anos ou menos que continuam a ser dependentes em sua declaração do imposto de renda).

Quem é o cabeça da família deste paciente? _____

Relação de parentesco com o paciente: _____

Quantas pessoas tem a sua família? _____

Renda

Qual é a renda bruta (renda antes dos impostos) da sua família?

\$ _____

Selecione uma opção:

- Diário
- Semanal
- Mensal
- Anual

Assinatura do paciente / garantidor _____ Data _____

Relação com o paciente _____ Data _____

Assinatura de funcionário da HHSI _____ Paciente recusou-se a revelar _____



Nome do paciente: _____ Data de nascimento: _____

Harbor Community Health Center

INFORMAÇÕES SOBRE O SEGURO MÉDICO

Nome do seguro _____ Número de identidade do participante _____

Nome do segurado _____ N° do grupo _____

Relacionamento com o paciente: Pais/Responsável Cônjuge Parceiro Próprio Data de nascimento _____

INFORMAÇÕES SOBRE SEGURO ODONTOLÓGICO

Nome do seguro _____ Número de identidade do participante _____

Nome do segurado _____ N° do grupo _____

Relacionamento com o paciente: Pais/Responsável Cônjuge Parceiro Próprio Data de nascimento _____

Autorização e consentimento

1. Solicito atendimento da Harbor Health Services ou de uma de suas coligadas para tratamento da minha condição de saúde médica/odontológica ou mental, e/ou para atendimentos de rotina ou intensivos de meu(minha) filho(a) recém-nascido(a). Estes atendimentos podem incluir exames e testes médicos, ou outros tratamentos eventualmente necessários para as minhas condições. Estou de acordo com isto.
2. Esta assinatura nos autoriza a apresentar as informações necessárias relativas aos seus serviços médicos à sua operadora de seguro saúde para pagamento. Esta autorização providencia também o pagamento direto dos benefícios ao seu prestador de serviços.
3. Autorizo a liberação de todas as informações médicas ou não, necessárias para processar este pedido de indenização. Autorizo também o pagamento dos benefícios governamentais/médicos ao médico/prestador dos serviços identificado neste pedido de indenização.
4. Sei que sou responsável pelo pronto pagamento de quaisquer saldos depois que a seguradora efetuar o pagamento **ou de serviços não reembolsados pela minha seguradora**. Se eu não apresentar **nem confirmar que foi obtida uma indicação válida**, conforme exigido pela minha seguradora, serei responsável pelas eventuais despesas respectivas não reembolsadas.

Informações sobre seguro e pagamento:

As coligadas da Harbor Health recebem pagamento pelo atendimento de pacientes das seguradoras, Medicare e/ou de outros programas de terceiros.

5. Concordo que a minha seguradora, Medicare ou outro programa de pagamento de terceiros pague diretamente à Harbor Health e/ou suas coligadas.
6. Concordo que o(s) meu(s) médico(s) e/ou Harbor Health encaminhem pedidos de indenização e as informações necessárias sobre o tratamento à minha seguradora, Medicare ou outro programa de pagamento de terceiros relativos ao meu atendimento e que recebam os pagamentos diretamente.
7. Sei que devo pagar todas as cobranças, copagamentos e franquias dedutíveis sem cobertura da minha seguradora, Medicare ou outro programa de pagamento de terceiros.

Permissão para se comunicar com o médico encarregado do seu atendimento primário e/ou outros prestadores de serviços de saúde na comunidade: Para assegurar a continuidade do atendimento, muitas vezes é necessário comunicar informações ao médico encarregado do seu atendimento primário, a outros prestadores de serviços de saúde na comunidade e à sua seguradora. Estas comunicações podem incluir informações sobre seu tratamento médico/odontológico, de saúde mental ou de abuso de substâncias. Estas informações se limitam ao estritamente necessário para a determinação da cobertura e a coordenação de seu tratamento de saúde. Muitas seguradoras nos exigem documentação comprovando se você permitirá ou não que seu médico clínico se comunique com o médico encarregado do seu atendimento primário e/ou com a operadora do seguro saúde.

Assinatura do paciente / representante _____ Data _____

Relacionamento com paciente _____ Data _____

Assinatura do funcionário do HHSI _____ Paciente se recusou a assinar _____