Community Health Center CHC

107 Commercial Street
Mashpee, MA 02649-
508-477-7090
508-539-6063 (fax)
www.chcofcapecod.org

Bem vindos ao seu novo centro de saúde! Estamos felizes em poder te oferecer cuidados de alta qualidade, como: medico, tratamento dentário, mental, oculista, farmácia e muito mais!
Por favor siga os passos para se tornar um paciente.

1. Aplique para um seguro de saude (é necessario ter um comprovante que você aplicou para o seguro antes que você possa marcar sua primeira consulta). Se precisar de assistencia para aplicar para o seguro de saude, podemos ajuda-lo. Os horarios para assistencia estão disponíveis no fim desta pagina.\

2. Complete e retorne os seguintes formularios, isto pode ser feito: pessoalmente,via fax ou correio.
    a. Registro do Paciente
    b. Questionario sobre seu historico de saúde.
    c. Questionario sobre necessidades sociais.
    d. ROI, autorização para requerer seu historico de saude do seu medico anterior.
3. Leia online ou solicite em um de nossos escritórios o Guia de informações e Privacidade do Paciente (Patient Information Guide: https://chcofcapecod.org/welcome-to-chc/ and Notice o Privacy Practices: https://chcofcapecod.org/about-us/privacy-policy/)

Em dentro de 5 dias ligaremos para lhe ajudar escolher seu novo medico e marcar sua primeira consulta. Favor ligar para o departamento de Novos Pacientes 508-477-7090 ramal em Portugues:1 (se você necessitar de orientação).

Sincerely,

Karen Gardner
Diretora Executiva

Assistencia Para Preencher o Formulario do Seguro de Saúde:
Ajuda estara disponivel de Segunda à Sexta de 9a.m.-4p.m. Ligue com antecedencia para ter certeza que alguem estara disponivel para ajuda-lo.
Para mais informações ligue: 508-477-7090 ramal:1155.

Community Health Center ~ Formulário de Registro do Paciente –- Retornar após completar Nov-22

Eu Estou Registrando Para os sequintes serviços: □Cuidados Primários (CP) *Localização preferencial para CP:*
□*Mashpee* □*Falmouth* □*Bourne* □*Sandwich* □*Centerville*

□Ambulatório médico somente □Dentista □ Saúde da Mulher □Tratamento de tóxicodependência □Visão***** □Saúde Comportamental *****
(*****É necessário que você receba Cuidados Primários(CP) no CHC para acesso à estes serviços)
Se você receba CP em outro lugar, por favor escreva o nome de seu clínico geral: _____

Sobrenome:	Primeiro Nome:	Número do Social:	Data de Nascimento:	Sexo (legal): □M □F

Título:	Nome do meio:	Apelido:	Nome de solteiro:	Outro nome ou apelido:

Endereço:	Cidade:	Estado:	Cep:
Endereço Residêncial (Se difere do acima mencionado):	Cidade:	Estado:	Cep:

NÚMERO DE TELEFONE & EMAIL Por favor indique o número onde você prefere receber ligações da Clínica, e onde nós podemos deixar mensagem Telefone (_____) _____ E-mail: _____
Este é meu telefone: □ Celular □ Residêncial □Comercial □Outro _____

Estado □Solteiro(a) □Casado(a) □Divorciado(a)
Civil: □ Parceiro(a) □ Separado(a) □ Viúvo(a)

Origem Étinica – Marque uma opção □Mexicano/Mexicano-Americano/Chicano □Cubano □Porto-Riquenho □Outro Hispânico, Latino/a ou de Origem Espanhola □Não é Hispânico, Latino/a ou de Origem Espanhola □Escolha não divulgar

Raça- Marque todas que aplicam □Branco □Indiano Asiático □Chinês □Filipino □Japonês □Coreano □Vietnamita □Outro Asiático □Havaiano Nativo □Samoano □Outro Ilhéu do Pacífico □Guamês ou Chamorro □Negro/Afro-Americano □Índio Americano/Nativo do Alasca □Escolha não divulgar

Sexo atribuído à nascença: □M □F	Orientação Sexual:	Pronome:

Identidade de Gênero : □M □F □Trans M to F □Trans F to M □ GQ; ou não-binário □ Questionando □Outro □Escolher não liberar

Você é Veterano dos USA ? □Sim □Não | País de Nascimento- □Estatos Unidos □Brasil □Cabo Verde □Jamaica □_____

CONTATO DE EMERGÊNCIA Nome:_____ Número de Telefone: (_____)_____
Relacionamento ao Paciente:

PAIS/CUSTÓDIA: Complete por favor para pacientes com menos de 18 anos ou um Tutor Legal
O Paciente tem um Tutor Legal sem ser os Pais? □Sim □Não **Se Sim, Favor fornecer documentação.**
Nome dos Pais/Custódia :_____ Relação ao Paciente _____
Telefone dos Pais /Custódia: (_____)_____ Número do Social dos Pais/Custódia :_____

EMPREGADOR:	OCUPAÇÃO:

ESTADO EMPREGADOR : Você é imigrante trabalhador residente ou temporário? □ Sim □ Não
□ Integral □ Desempregado □ Tempo Parcial □ Aposentado □ Militar Ativo □Autônomo □Estudante Integral □ Estudante Parcial

Deficientes Visuais? □ Sim □ Não Audição prejudicada? □ Sim □ Não
Primeira Língua::_____ Precisa de Intérprete? □ Sim □ Não

Como você ficou sabendo sobre nós?: □ Amigo □Empregador □ Agência de Serviços Sociais □Hospital □Médico □Jornal □Televisão □Rádio □Pesquisa on-line □Anúncio on-line □CHC cartão postal □CHC folheto □Outros_____

Qual é sua situação de moradia hoje? Você recebe algum tipo de assistência para moradia ? □Sim □Não
□ Eu não tenho moradia(ficando na casa de outros, em hotel, em abrigo, morando nas ruas, na praia, no carro, no parque)
□ Eu tenho moradia hoje, mas estou preocupado com a perda da mesma no futuro.
□ Eu tenho moradia (marque uma opção): □Aluguel □Casa Própria □Mora com a família □Asilo □Outros

Apenas para fins de apresentação de relatórios de subvenção. Nenhuma informação pessoal jamais será relatado. Esta seção nos ajuda a receber verbas.
Quantas pessoas são na família : _____ Qual é o rendimento anual de sua família :_____

Número de Identificação do Seguro#

_____ _____
Primário Secundário(se aplicável)

Seguro (Marque todos que aplicam): □Sem seguro □ Aplicado
□Mass Health (C3) □HSN □Medicare □Harvard Pilgrim
□BC/BS □ Tufts □Tricare □United Health □Veterans
□Outro:_____
ACO: _____
Você é membro do Indian Health Services? □Sim □Não

Informação do assinante(se o assinante do seguro não for o paciente):

Nome _____
Data de Nascimento:_____

Seguro Dentário _____ID #_____
Seguro Dentário _____ID #_____
Seguro de Visão _____ ID #_____
Seguro de Visão _____ ID #_____

Assinatura (Paciente ou Pais/Tutores): Date:

Date received by CHC:	*Office/PCP assigned:*	*CHC Staff initials accepting packet/date:*

Community Health Center CHC

HISTORICO DE SAUDE

Nome Completo (sobrenome, nome, nome do meio):	Data de Nascimento:	Data:

MEDICAMENTOS

Favor listar todos os medicamentos que você esta usando neste momento. *Marque um "x" em quais necessitam refill.*

☐	☐
☐	☐
☐	☐

Favor listar qualquer alergia a medicatmentos ou qualquer outra alergia:

Favor marcar um "x" se você Não tem qualquer alergia amedicamentos: ☐ Favor marcar um "x" se você Não esta tomando nenhum medicatmento: ☐

HISTORICO DE SAUDE RECENTE

Nome do medico anterior:	Telefone:

Foi visto a emergência do hospital nos ultimos 10 dias?	☐ Sim	☐ Não
Esteve internado em um: hospital, clinica de reabilitaçao, clinica de desintoxicação ou asilo no ultimos 21 dias?	☐ Sim	☐ Não
Você tem alguma URGENCIA medica neste momento que requer atendimento imediato?	☐ Sim	☐ Não
Explique brevemente:		
Quem é o seu tutor? (Favor fornercer documentos):		
Você foi visto por um especialista recentemente? (ex: Neurologista, Ortopedista, Cardiologista, Psicologo, etc.)	☐ Sim	☐ Não
Você ja pensou em se machucar ou machucar os outros?	☐ Sim	☐ Não
Você gostaria de ter acompanhamento com us psicologo?	☐ Sim	☐ Não
Para pacientes pediatricos: o paciente necessita de alguma vacina ou exame completo imediato?	☐ Sim	☐ Não
Você necessita de antibioticos antes de um tratamento dentario?	☐ Sim	☐ Não
Você já teve alguma complicação apos um tratamento dentario?	☐ Sim	☐ Não
Se sim, por favor explique:		

Favor marcar um "x" se você necessita assitencia com:

☐ Ler/Escrever	☐ Moradia	☐ Seguro de Saúde	☐ Interprete	☐ Transporte

PROBLEMAS DE SAÚDE

☐ AIDS/HIV	☐ Sangramento Excessivo	☐ Febre Reumática	☐ Gravidez, data de nascimento:
☐ Ansiedade	☐ Desmaio	☐ Tratamento de Radiação	☐ Rheumatic Fever
☐ Insonia	☐ Verrugas	☐ Doença Hepática	☐ Infecção Sexualmente Transmissível
☐ Artrite	☐ Febre do Feno	☐ Marcapasso Cardíaco	☐ Sinusite
☐ Asma/Enfisema	☐ Doença Cardíaca/Ataque Cardíaco	☐ Ulceras	☐ AVC (Acidente Vascular Cerebral)
☐ Articulações Artificiais(protese)	☐ Sopro Cardíaco	☐ Glaucoma	☐ Doença da Tiróide
☐ Doença Arterial	☐ Hepatite	☐ Garganta	☐ Tuberculose
☐ Cancer	☐ Pressão Arterial Elevada	☐ Reumatismo	☐ Tumores
☐ Depressão	☐ Icterícia	☐ Pulmão	☐ Problemas de Visão
☐ Diabetes	☐ Doença Renal	☐ Problemas de Estomâgo	☐ Outros:
☐ Tonteira	☐ Problemas Respiratórios	☐ Ferimentos na Cabeça	
☐ Epilepsia	☐ Dependência de álcool/Dependência Quimica (no passado, ou presente)	☐ Distúbios Mentais	

Assinatura:_____ Data:_____

Nome (Name)		Data de nascimento (Date of Birth) MM/DD/AA		Data de hoje (Today's Date) MM/DD/AA	

Social Needs Screen

Instruções: Responda todas as perguntas, quer em seu próprio nome ou de algum menor, para que sua equipe de atendimento tenha as informações mais completas para lhe dar assistência.

1. Qual é a sua sitcom de moradia hoje?

- ❑ Não tenho onde morar (morando com terceiros, em um hotel, em um abrigo, vivendo ao relento na rue ou em uma praia, carro ou parque)
- ❑ Eu tenho moradia hoje, mas tenho medo de perder minha moradia no futuro
- ❑ Eu tenho moradia
- ❑ Não sei ao certo

2. Pense sobre o lugar onde você mora. Você tem algum dos seguintes problemas?
(Marque todas as opções pertinentes)

- ❑ Pragas como insetos, formigas ou ratos
- ❑ Mofo
- ❑ Tinta ou tubulações com chumbo
- ❑ Aquecimento inadequado
- ❑ Forno ou fogão não funcionam
- ❑ Detectores de fumaça inexistentes ou sem funcionar
- ❑ Vazamentos de água
- ❑ Nenhuma das anteriores
- ❑ Não sei ao certo

3. Nos últimos 12 meses, você teve medo de sua comida acabar antes de receber dinheiro para comprar mais.

- ❑ Aconteceu frequentemente
- ❑ Às vezes
- ❑ Nunca aconteceu

4. Nos últimos 12 meses, o alimento que comprou não durou e você não tinha dinheiro suficiente para comprar mais.

- ❑ Aconteceu frequentemente
- ❑ Às vezes
- ❑ Nunca aconteceu

5. Nos últimos 12 meses, a falta de transporte impediu você de comparecer a consultas médicas, a reuniões, ao trabalho ou de fazer as coisas necessárias para a vida diária?
(Marque todas as opções pertinentes)

- ❑ Sim, isso me impediu de comparecer a consultas médicas ou de obter medicamentos
- ❑ Sim, isso me impediu de comparecer a outros compromissos (sem ser com o médico), encontros marcados, trabalho ou de fazer as coisas necessárias
- ❑ Não
- ❑ Não sei ao certo

6. Nos últimos 12 meses, alguma concessionária de energia elétrica, gás, óleo ou água ameaçou desligar os serviços na sua casa?

- ❑ Sim
- ❑ Não
- ❑ Já desligou
- ❑ Não sei ao certo

7. Pense no lugar onde você mora. Você tem acesso à internet/wi-fi quando precisa?

- ❑ Sim
- ❑ Não Se não, por que não? (Marque todas as opções aplicáveis)
  - o Não posso pagar
  - o O acesso à internet/wi-fi não está disponível onde moro
  - o Meu acesso à internet/wi-fi não é consistente ou confiável
  - o Eu não quero ou não preciso
- ❑ Não tenho certeza

8. Gostaria de ajuda com alguma das necessidades que identificou?

- ❑ Sim
- ❑ Não

Community Health Center CHC

SOLICITAÇÃO PARA DIVULGAÇÃO DE INFORMAÇÕES DE SAÚDE PROTEGIDAS

107 Commercial Street, Mashpee MA 02649
Tel: (508) 477-7090 Fax: (508) 539-6063

Sobrenome do(a) paciente:	Nome do(a) paciente:	Inicial do meio:	Data de nascimento:

Endereço postal do(a) paciente:	Telefone do(a) paciente:

Eu autorizo o CHC a (assinale uma das opções a seguir ou as duas para o compartilhamento bidirecional das informações):

❑ **Enviar meu prontuário médico do CHC à seguinte pessoa/estabelecimento**

☒ **Solicitar meu prontuário médico ao seguinte profissional/estabelecimento**

Nome/estabelecimento:	Telefone:	Fax:

Rua:	Cidade:	Estado:	Código postal

O prontuário médico inclui informações relativas à minha identidade, prognóstico, diagnóstico ou tratamento
Informações a serem divulgadas:

❑ Todo o meu prontuário ❑ Outras: _____

_____

DIVULGAÇÃO DE INFORMAÇÕES CONFIDENCIAIS – Rubrique com suas inicias para garantir que o prontuário completo seja divulgado

Segundo a lei do estado de Massachusetts, não podemos divulgar certas informações a não ser que você nos dê permissão especial para divulgá-las.

Ao rubricar cada item, eu concordo com a sua divulgação:

___Informações sobre HIV/AIDS (AUTORIZAÇÃO DO PACIENTE OBRIGATÓRIA PARA CADA SOLICITAÇÃO DE DIVULGAÇAO COM DATAS ESPECÍFICAS)
___Detalhes do aconselhamento às vítimas de violência doméstica
___Detalhes do aconselhamento sobre assédio sexual
___Detalhes do diagnóstico de saúde mental e/ou tratamento fornecido por um profissional de saúde mental (compreendo que a minha permissão pode não ser obrigatória para a divulgação das minhas informações de saúde mental para fins de pagamento)
___Informações de uso de álcool e drogas protegidas pelas Regras Federais de Confidencialidade 42 CFR Parte 2 (AS REGRAS FEDERAIS PROÍBEM QUALQUER DIVULGAÇÃO DESSAS INFORMAÇÕES EXCETO SE EXPRESSAMENTE PERMITIDA POR MEIO DE CONSENTIMENTO ESCRITO DA PESSOA A QUEM ELAS PERTENCEM OU CONFORME PERMITIDO EM CFR PARTE 2). Tal consentimento pode ser revogado mediante solicitação por escrito

Esta autorização é válida para divulgação de Informações de saúde protegidas, por 180 dias a partir da data abaixo OU (indique):

❑ para divulgação única ❑ após o término dos serviços ❑até que seja revogada ❑outra opção_____

Entendo que, por lei, não preciso consentir com a divulgação/solicitação dessas informações para receber tratamento ou pagamento por tratamento ou para me qualificar para inscrição em benefícios. No entanto, escolho fazer isso voluntariamente e por livre vontade para os fins especificados abaixo. Minha assinatura confirma o meu recebimento e entendimento do Aviso de Práticas de Privacidade do CHC. Entendo que tenho o direito de solicitar uma cópia do meu prontuário conforme descrito em CFR 164.524. Entendo que tenho o direito de receber uma cópia deste formulário após tê-lo assinado. Entendo que qualquer divulgação de informações tem o potencial de causar uma nova divulgação não autorizada pelo destinatário e as informações podem não estar protegidas pelas regras de confidencialidade. Se tiver dúvidas sobre a divulgação das minhas informações de saúde, posso entrar em contato com o Gestor de informações de saúde.

Entendo que posso revogar esta autorização por escrito. Após revogá-la, as informações não serão divulgadas, exceto quando já tivermos realizado alguma ação em resposta a esta autorização.
Também isento o Community Health Center of Cape Cod de todas as responsabilidades e obrigações legais que possam surgir da divulgação das informações

Assinatura do(a) paciente/representante pessoal:_____ Data:_____

Se assinado por alguém que não seja o paciente, escreva o nome em letra de forma e selecione o parentesco e/ou motivo e autoridade legal para a assinatura

Nome:_____
O(A) paciente é/está: ❑menor de idade ❑incapacitado(a) ❑falecido(a) ❑Pai/mãe/responsável legal ❑Autoridade legal (comprovante anexado)

Assinatura da testemunha:_____ Data:_____

Caro Paciente(Pais ou Responsáveis), Se houver um indivíduo(membro da familia, amigo, etc) que você gostaria de conceder permissão ao CHC para discutir seus cuidados, compartilhar informacões médicas com, e em caso de pacientes menores de idade, acompanhar sua criança às consultas, por favor, preencha e assine este formulário de Authorization to Release Protected Health Information com as informacões dele(a). Obrigado!

Community Health Center CHC

SOLICITAÇÃO PARA DIVULGAÇÃO DE INFORMAÇÕES DE SAÚDE PROTEGIDAS

107 Commercial Street, Mashpee MA 02649
Tel: (508) 477-7090 Fax: (508) 539-6063

Sobrenome do(a) paciente:	Nome do(a) paciente:	Inicial do meio:	Data de nascimento:

Endereço postal do(a) paciente:	Telefone do(a) paciente:

Eu autorizo o CHC a compartilhar meus prontuários medicos com:

Nome/estabelecimento:	Telefone:	Fax:

Rua:	Cidade:	Estado:	Código postal

O prontuário médico inclui informações relativas à minha identidade, prognóstico, diagnóstico ou tratamento
Informações a serem divulgadas:

❑ Todo o meu prontuário ❑ Outras: _____

_____

DIVULGAÇÃO DE INFORMAÇÕES CONFIDENCIAIS – Rubrique com suas inicias para garantir que o prontuário completo seja divulgado

Segundo a lei do estado de Massachusetts, não podemos divulgar certas informações a não ser que você nos dê permissão especial para divulgá-la s.

Ao rubricar cada item, eu concordo com a sua divulgação:

___Informações sobre HIV/AIDS (AUTORIZAÇÃO DO PACIENTE OBRIGATÓRIA PARA CADA SOLICITAÇÃO DE DIVULGAÇAO COM DATAS ESPECÍFICAS)

___Detalhes do aconselhamento às vítimas de violência doméstica

___Detalhes do aconselhamento sobre assédio sexual

___Detalhes do diagnóstico de saúde mental e/ou tratamento fornecido por um profissional de saúde mental (compreendo que a minha permissão pode não ser obrigatória para a divulgação das minhas informações de saúde mental para fins de pagamento)

___Informações de uso de álcool e drogas protegidas pelas Regras Federais de Confidencialidade 42 CFR Parte 2 (AS REGRAS FEDERAIS PROÍBEM QUALQUER DIVULGAÇÃO DESSAS INFORMAÇÕES EXCETO SE EXPRESSAMENTE PERMITIDA POR MEIO DE CONSENTIMENTO ESCRITO DA PESSOA A QUEM ELAS PERTENCEM OU CONFORME PERMITIDO EM CFR PARTE 2). Tal consentimento pode ser revogado mediante solicitação por escrito

Esta autorização é válida para divulgação de Informações de saúde protegidas, por 180 dias a partir da data abaixo OU (indique):

❑ para divulgação única ❑ após o término dos serviços ❑até que seja revogada ❑outra opção_____

Entendo que, por lei, não preciso consentir com a divulgação/solicitação dessas informações para receber tratamento ou pagamento por tratamento ou para me qualificar para inscrição em benefícios. No entanto, escolho fazer isso voluntariamente e por livre vontade para os fins especificados abaixo. Minha assinatura confirma o meu recebimento e entendimento do Aviso de Práticas de Privacidade do CHC. Entendo que tenho o direito de solicitar uma cópia do meu prontuário conforme descrito em CFR 164.524. Entendo que tenho o direito de receber uma cópia deste formulário após tê-lo assinado. Entendo que qualquer divulgação de informações tem o potencial de causar uma nova divulgação não autorizada pelo destinatário e as informações podem não estar protegidas pelas regras de confidencialidade. Se tiver dúvidas sobre a divulgação das minhas informações de saúde, posso entrar em contato com o Gestor de informações de saúde.

Entendo que posso revogar esta autorização por escrito. Após revogá-la, as informações não serão divulgadas, exceto quando já tivermos realizado alguma ação em resposta a esta autorização. Também isento o Community Health Center of Cape Cod de todas as responsabilidades e obrigações legais que possam surgir da divulgação das informações

Assinatura do(a) paciente/representante pessoal:_____ Data:_____

Se assinado por alguém que não seja o paciente, escreva o nome em letra de forma e selecione o parentesco e/ou motivo e autoridade legal para a assinatura

Nome:_____

O(A) paciente é/está: ❑menor de idade ❑incapacitado(a) ❑falecido(a) ❑Pai/mãe/responsável legal ❑Autoridade legal (comprovante anexado)

Assinatura da testemunha:_____ Data:_____