

Primário: \_\_\_\_\_ Dentário: \_\_\_\_\_ Pré-natal: \_\_\_\_\_

## Formulário de registro do paciente (2 páginas)

Novo  Anual

Local de origem:  Families First  HH  Goodwin Community Health  Lilac City Pediatrics

### PACIENTE:

Nome: \_\_\_\_\_ Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Sexo (ao nascer):  M  F

Endereço postal: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

Endereço físico: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

Telefone residencial: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Podemos deixar mensagens de voz?  Sim  Não

Telefone celular: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Podemos deixar mensagens de voz?  Sim  Não Podemos mandar mensagens de texto?  Sim  Não

Endereço de e-mail: \_\_\_\_\_ (Acesso ao portal do paciente disponível sob solicitação)

Estado civil:  Casado  Solteiro  Divorciado  Viúvo

Etnia:  Hispânico  Não hispânico

Raça:  Branco  Asiático  Nativo do Havai/Ilhéu do Pacífico  Negro/Afro-americano  Índio americano  Mais de uma raça  Outro \_\_\_\_\_

Status como veterano:  Veterano  Não veterano

Cidadão dos EUA  Sim  Não

Status de trabalho agrícola:  Não agrícola  Sazonal  Migrante  Empregado durante todo o ano  Trabalhador agrícola aposentado

Identidade de gênero:  M  F  Feminino para masculino  Masculino para feminino  Não binário  Outro \_\_\_\_\_  Prefere não revelar

Preferências por pronomes:  Ele/o/dele  Ela/a/dela  Eles/os/deles  Outro \_\_\_\_\_

Orientação sexual:  Homossexual  Heterossexual  Bissexual  Outro \_\_\_\_\_  Não sabe  Prefere não revelar

Estrutura de moradia:  Aluguel  Imóvel próprio  Com parentes/amigos  Abrigo  Outra moradia temporária \_\_\_\_\_

Idioma: \_\_\_\_\_ Você tem deficiência auditiva?  Sim  Não *Caso seja solicitado, um intérprete poderá ser providenciado durante o tratamento*

#### PAI / MÃE / RESPONSÁVEL LEGAL: (Preencha se o paciente tiver menos de 18 anos de idade ou tiver um responsável legal)

1) Nome: \_\_\_\_\_ Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Telefone: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

Relação com o paciente:  Mãe  Pai Outro (especifique): \_\_\_\_\_ Gênero:  M  F

2) Nome: \_\_\_\_\_ Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Telefone: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

Relação com o paciente:  Mãe  Pai Outro (especifique): \_\_\_\_\_ Gênero:  M  F

#### CONTATO DE EMERGÊNCIA: (Em uma situação de emergência, a pessoa citada abaixo será alertada de que você está recebendo cuidados em nossas instalações)

Nome: \_\_\_\_\_ Relacionamento: \_\_\_\_\_ Telefone: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

É permitido falar sobre  Cuidados médicos  Consultas  Hospital local de preferência: \_\_\_\_\_

#### \*A COBERTURA PODE EXIGIR A NOTIFICAÇÃO DO PLANO DE SAÚDE DO SEU FORNECEDOR. ISSO É DE RESPONSABILIDADE DO PACIENTE.

(Rubrica)

Nome do plano de saúde principal: \_\_\_\_\_ Número da apólice: \_\_\_\_\_ Número do grupo: \_\_\_\_\_

Nome de quem assina: \_\_\_\_\_ Data de nascimento de quem assina: \_\_\_\_\_ Relação com o paciente: \_\_\_\_\_

Nome do plano dental/secundário: \_\_\_\_\_ Número da apólice: \_\_\_\_\_ Número do grupo: \_\_\_\_\_

Nome de quem assina: \_\_\_\_\_ Data de nascimento de quem assina: \_\_\_\_\_ Relação com o paciente: \_\_\_\_\_

Empregador que fornece a cobertura do plano: \_\_\_\_\_

1. Como você nos conheceu? \_\_\_\_\_ (apenas novos pacientes)

2. Você está transferindo seus cuidados de outro consultório médico ou dentário?  Sim  Não Em caso afirmativo, qual? \_\_\_\_\_

Assinatura do paciente/responsável: X \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

**PARA USO NO CONSULTÓRIO – NOTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

APROVAÇÃO  RECUSA Expira em: \_\_\_\_\_  
Categoria da tarifa variável e desconto: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Encontre o tamanho da sua família, depois siga a linha e circule o nível mais próximo à sua **renda familiar anual**. Isso nos ajuda a atender às exigências dos recursos estaduais e federais que recebemos.

Tamanho da família	Entre	Entre	Entre	Entre	Acima de
1	\$0 - \$15,060	\$15,061 - \$20,783	\$20,784 - \$25,602	\$25,603 - \$30,120	\$30,121
2	\$0 - \$20,440	\$20,441 - \$28,207	\$28,208 - \$34,748	\$34,749 - \$40,880	\$40,881
3	\$0 - \$25,820	\$25,821 - \$35,632	\$35,633 - \$43,894	\$43,895 - \$51,640	\$51,641
4	\$0 - \$31,200	\$31,201 - \$43,056	\$43,057 - \$53,040	\$53,041 - \$62,400	\$62,401
5	\$0 - \$36,580	\$36,581 - \$50,480	\$50,481 - \$62,186	\$62,187 - \$73,160	\$73,161
6	\$0 - \$41,960	\$41,961 - \$57,905	\$57,906 - \$71,332	\$71,333 - \$83,920	\$83,921
7+	\$0 - \$47,340	\$47,341 - \$65,329	\$65,330 - \$80,478	\$80,479 - \$94,680	\$94,681

**SOLICITAÇÃO PARA DESCONTO DE TARIFA VARIÁVEL** A Greater Seacoast Community Health oferece um desconto com base na renda para pacientes que não têm plano de saúde, ou cujo plano não cobre determinados serviços (como cuidados dentários ou de saúde comportamental).

Para solicitar o desconto de tarifa variável, preencha a tabela abaixo. Os descontos se baseiam no tamanho da família e na renda familiar. Você precisará enviar um **comprovante de renda** até 30 dias após a data do serviço ou a data contida neste formulário. Informaremos em qual categoria de tarifa variável e desconto você se encaixa e terá direito a esse desconto **pele período de um ano**.

**Exemplos de tipos de renda:**

- Previdência social
- Empresa
- Pensão
- Pensão alimentícia da criança
- Deficiência
- Outros
- Aposentadoria
- Pagamentos de assistência social

**Exemplos de comprovantes de renda:**

- 4 semanas de contracheques atuais e consecutivos
- Declaração de imposto de renda atual
- 4 semanas de comprovantes de recebimento de seguro desemprego

Se você se candidatar para receber o desconto de tarifa variável, forneça as informações abaixo sobre você e sobre todas as pessoas na sua residência.

Nome (nome, inicial do nome do meio, sobrenome)	Sexo	Relação com você	Data de nascimento	Renda e frequência	Tipo de renda
		O PRÓPRIO		US\$	
				US\$	
				US\$	
				US\$	
<b>Tamanho da família:</b>				<b>Renda familiar:</b> US\$	

Tanto quanto é do meu conhecimento, as informações fornecidas acima são atuais e exatas. Compreendo que, se for descoberto que as informações fornecidas não são precisas, qualquer desconto concedido poderá ser revogado.

Eu **ESTOU** me candidatando ao desconto.  Eu **NÃO ESTOU** me candidatando ao desconto.  Fale-me sobre as opções de plano de saúde disponíveis para mim.

Assinatura do paciente/responsável **X** \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

**SOMENTE PARA USO DO CONSULTÓRIO:**

Data da aprovação: \_\_\_\_\_  Categoria 1  Categoria 2  Categoria 3  Categoria 4  Pagamento total  
 Tarifa médica usual:  US\$ 30  40%  60%  80%  Pagamento total  
 Pagamentos dentários básicos:  US\$ 40  50%  65%  80%  Pagamento total  
 Pagamentos dentários significativos:  Mais de US\$ 40  60%  75%  90%  Pagamento total

Com base no comprovante de renda de US\$ \_\_\_\_\_  mensal  anual  recusado  
 Nome do funcionário: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

Revisado por: Supervisor da secretaria principal ou responsável autorizado \* A verificação e a aprovação são expressas com a rubrica, data e categoria diretamente na renda (sujeitas a nova revisão).

# Consentimento informado

---

A Greater Seacoast Community Health (incluindo Goodwin Community Health, Families First Health Center e Lilac City Pediatrics) pede que nossos pacientes compreendam as informações contidas neste documento e concordem com elas. Mais informações estão disponíveis em documentos separados, conforme descrito abaixo. Se você tem dúvidas sobre alguma dessas informações, pergunte aos funcionários do consultório.

## **Consentimento geral para diagnóstico, cuidado e tratamento ambulatorial**

- Eu me dirigi voluntariamente à Families First, Goodwin Community Health ou Lilac City Pediatrics em busca de serviços médicos, dentários e/ou de saúde comportamental.
- Dou permissão para que os funcionários nesses locais realizem exames e testes, façam encaminhamentos e ofereçam os procedimentos e tratamentos necessários para o meu diagnóstico e cuidados.
- Esses serviços poderão ser fornecidos no consultório ou por telemedicina (por telefone ou vídeo), conforme acordado quando minha consulta for agendada.
- Compreendo que qualquer tratamento de saúde tem riscos e benefícios em potencial. Compreendo que devo conversar com os profissionais de saúde que estão cuidando de mim ou do meu filho sobre quaisquer dúvidas que eu tenha em relação aos possíveis riscos e benefícios de tal tratamento.
- Compreendo que a Greater Seacoast Community Health fornece uma ampla gama de serviços integrados em múltiplas localidades, incluindo tratamento médico, dentário, de saúde mental, de doenças relacionadas ao abuso de substâncias, além de serviço social, familiar e outros. Compreendo que a equipe da Greater Seacoast que fornece esses diferentes serviços poderá compartilhar informações, se isso for necessário para melhorar a qualidade e a continuidade dos meus cuidados.

## **Confidencialidade, privacidade e divulgação de informações de saúde**

- Leis federais e estaduais garantem que a comunicação entre um paciente e os profissionais de cuidados médicos seja confidencial. Não podemos e não iremos divulgar prontuários médicos para ninguém, a menos que o paciente nos dê sua permissão por escrito para fazer isso, ou sob determinadas exceções legais. Essas exceções incluem situações em que os membros da equipe suspeitem de abuso, negligência ou exploração de uma criança ou de um adulto incapacitado, ou de que os pacientes possam fazer mal a si mesmos ou a outras pessoas. Nossa equipe é obrigada por lei a fazer uma denúncia nessas situações.
- A Greater Seacoast é obrigada por lei a manter a privacidade das informações de saúde dos pacientes e a fornecer aos pacientes a Notificação das Condutas de Privacidade. (As informações sobre essa notificação estão abaixo.)
- A Greater Seacoast poderá compartilhar informações sobre pacientes, inclusive Informações de Saúde Protegidas e informações sobre abuso de álcool e drogas, com um profissional e/ou parceiro de saúde recomendado com o qual a Greater Seacoast tem um Contrato de Parceiros Comerciais para a continuidade dos cuidados do paciente. (Um contrato de Parceiros Comerciais é um contrato assinado com outro provedor de serviços de saúde ou de negócios. Ele exige que ambas as partes mantenham confidenciais as informações dos pacientes.)

## **Serviços de saúde comportamental**

- Os provedores de saúde comportamental e de saúde mental na Greater Seacoast Community Health fazem parte da equipe de cuidados primários. Qualquer informação que um paciente forneça aos provedores de saúde mental, inclusive informações sobre saúde mental e/ou uso de álcool e drogas, é registrada no prontuário

eletrônico. Os provedores e a equipe de apoio que estão envolvidos em seus cuidados, ou que precisem processar informações de saúde para fins administrativos, podem acessar esse prontuário sem autorização.

- De acordo com a lei de New Hampshire, menores com pelo menos 12 anos de idade podem se submeter voluntariamente ao tratamento para dependência de drogas ou outros problemas relacionados a medicamentos, sem o consentimento de um pai ou responsável. Quaisquer registros relacionados a esse tratamento são confidenciais, a menos que o menor examinado ou tratado dê seu consentimento por escrito.

### **Contrato de responsabilidade financeira e designação de benefícios**

- Eu autorizo a Greater Seacoast Community Health a cobrar e receber valores da empresa de meu plano de saúde por serviços prestados.
- Compreendo que sou financeiramente responsável por todas as cobranças devidas que não sejam cobertas pelo meu plano ou do meu filho, inclusive, entre outros, franquias e coparticipações.
- Eu autorizo a divulgação das Informações de Saúde Pessoais necessárias para registrar uma queixa e fazer uma auditoria com a empresa do meu plano e designo os benefícios ao provedor ou ao grupo indicado na queixa.

### **Acordo de “Campus seguro” para a localidade de Portsmouth**

- Compreendo que algumas pessoas não têm permissão para estar no Campus Comunitário em Portsmouth (onde se localiza o Centro de Saúde Families First), sob as regras definidas pelo proprietário do edifício, a Foundation for Seacoast Health. Isso se aplica a: pessoas que foram consideradas infratores sexuais, conforme definido pela RSA 651-B; pessoas que foram consideradas infratores contra crianças, conforme definido pela RSA 651-B; e pessoas que podem representar um risco para a segurança dos outros. Compreendo que, se eu me enquadrar em qualquer uma dessas categorias: 1) devo sair imediatamente do Campus Comunitário e não posso retornar; 2) serei imediatamente desligado do Families First e não poderei receber nenhum outro serviço ali, mas poderei receber serviços em outras localidades da Greater Seacoast Community Health; 3) o Families First divulgará meu nome e endereço imediatamente para a Foundation for Seacoast Health; e 4) nem a Families First nem a Foundation for Seacoast Health poderá ser considerada responsável pela divulgação de meu nome e endereço para a Foundation for Seacoast Health.

### **Documentos**

Leia estes três documentos on-line que estão disponíveis sob solicitação com a equipe do consultório e também on-line em [www.GetCommunityHealth.org/Patient-Info](http://www.GetCommunityHealth.org/Patient-Info)

1. Notificação aos pacientes sobre privacidade, uso e divulgação de informações de saúde
2. Direitos e responsabilidades do paciente em uma casa de saúde centrada no paciente
3. Política financeira

### **Declaração do paciente**

*Compreendo as informações contidas neste documento de Consentimento Informado. Concordo com as condições estabelecidas no Consentimento Informado e nos outros documentos mencionados acima. Todas as dúvidas que tive sobre este consentimento foram respondidas. Este consentimento permanecerá em vigor a menos que eu o revogue por escrito, o que posso fazer a qualquer momento.*

\_\_\_\_\_  
Nome do paciente

\_\_\_\_\_  
Data de nascimento do paciente

\_\_\_\_\_  
Assinatura (paciente ou pai/mãe/responsável/agente de cuidados de saúde)

\_\_\_\_\_  
Data

Atualizado em 04/2021

Data: \_\_\_\_\_

**FORMULÁRIO DE HISTÓRICO MÉDICO (2 páginas)**NOME: \_\_\_\_\_ M  F  DATA DE NASCIMENTO: \_\_\_\_\_

SUAS RESPOSTAS NESTE FORMULÁRIO AJUDARÃO O PROFISSIONAL DE SAÚDE A ENTENDER MELHOR SUAS PREOCUPAÇÕES E PROBLEMAS DE SAÚDE. SE VOCÊ SE SENTIR DESCONFORTÁVEL COM ALGUMA PERGUNTA, NÃO A RESPONDA. SE VOCÊ NÃO CONSEGUIR SE LEMBRAR DE DETALHES ESPECÍFICOS, DÊ-NOS SEU MELHOR PALPITE. OBRIGADO!

Quem foi o profissional de saúde que cuidou de você anteriormente: \_\_\_\_\_

Data em que o profissional acima viu você pela última vez: \_\_\_\_\_

Você tem um dentista atualmente (circule uma opção)?  Sim  NãoListe os nomes e as especialidades de quaisquer outros profissionais **atualmente** envolvidos no seu tratamento

Nome do profissional	Especialidade

**ALERGIAS:**  Nenhuma alergia conhecida  Alergias listadas abaixo

ALERGIA: \_\_\_\_\_ REAÇÃO: \_\_\_\_\_


**MEDICAÇÕES ATUAIS:** MEDICAÇÕES COM E SEM RECEITA, VITAMINAS, REMÉDIOS CASEIROS, ANTICONCEPCIONAIS, ERVAS, ETC.

MEDICAÇÃO: \_\_\_\_\_ DOSE: (p.ex. mg/comprimido) \_\_\_\_\_ QUANTAS VEZES POR DIA E A QUE HORAS? \_\_\_\_\_


**HISTÓRICO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR:** ENUMERE TODOS OS EVENTOS PASSADOS

MOTIVO PARA A INTERNAÇÃO HOSPITALAR: \_\_\_\_\_ NOME DO HOSPITAL: \_\_\_\_\_ DATAS DA INTERNAÇÃO: (EXATAS OU APROXIMADAS) \_\_\_\_\_


**HISTÓRICO DE CIRURGIAS:** ENUMERE TODOS OS EVENTOS PASSADOS

TIPO DE CIRURGIA/OPERAÇÃO: \_\_\_\_\_ ONDE A CIRURGIA FOI REALIZADA: \_\_\_\_\_ DATAS DAS CIRURGIAS: (EXATAS OU APROXIMADAS) \_\_\_\_\_


NOME: \_\_\_\_\_ DATA DE NASCIMENTO: \_\_\_\_\_

**HISTÓRICO DO NASCIMENTO:** *Preencha caso o seu filho tenha 5 anos ou menos*

Peso ao nascer: \_\_\_\_\_ O bebê nasceu a termo:  Sim  Não

A mãe teve alguma doença durante a gestação:  Sim  Não

O bebê teve algum problema no hospital após o parto? (p.ex. icterícia, infecção, problemas respiratórios)  Sim  Não

Se a resposta anterior foi afirmativa, descreva: \_\_\_\_\_

Como o bebê nasceu:  Parto normal  Cesariana (explique o motivo da cesariana) \_\_\_\_\_

<b>HISTÓRICO MÉDICO PESSOAL: INDIQUE SE VOCÊ JÁ TEVE ALGUM(NS) DOS SEGUINTE(S) PROBLEMA(S) MÉDICO(S) (COM DATAS):</b>		
<input type="checkbox"/> Refluxo gastroesofágico	<input type="checkbox"/> Dor crônica	<input type="checkbox"/> Colesterol alto
<input type="checkbox"/> TDAH	<input type="checkbox"/> Depressão	<input type="checkbox"/> Intestino irritável
<input type="checkbox"/> Alcoolismo	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Doença renal
<input type="checkbox"/> Alergias	<input type="checkbox"/> Enfisema/Bronquite/DPOC	<input type="checkbox"/> Doença hepática
<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> Epilepsia/Convulsões	<input type="checkbox"/> Problemas de saúde mental
<input type="checkbox"/> Ansiedade	<input type="checkbox"/> Glaucoma/Catarata	<input type="checkbox"/> Osteoporose
<input type="checkbox"/> Artrite	<input type="checkbox"/> Cefaleia	<input type="checkbox"/> AVC
<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Perda de audição	<input type="checkbox"/> Abuso de substâncias
<input type="checkbox"/> Distúrbios hemorrágicos	<input type="checkbox"/> Doença cardíaca	<input type="checkbox"/> Doença da tireoide
<input type="checkbox"/> Câncer	<input type="checkbox"/> Hipertensão	
<input type="checkbox"/> Outro		

<b>Moradia:</b>																										
Quem mora na sua casa?																										
Há alguma arma na sua casa? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não																										
Você tem medo de não ter alimento suficiente? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não																										
<b>Preencha se seu filho tiver 17 anos ou menos:</b>																										
Mãe: <input type="checkbox"/> Casada <input type="checkbox"/> Divorciada <input type="checkbox"/> Nunca casou <input type="checkbox"/> Separada																										
Pai: <input type="checkbox"/> Casada <input type="checkbox"/> Divorciada <input type="checkbox"/> Nunca casou <input type="checkbox"/> Separada																										
Irmãos:																										
Animais de estimação em casa:																										
<b>INDIQUE SE HÁ MEMBROS DA FAMÍLIA COM ALGUMA DAS CONDIÇÕES A SEGUIR:</b>																										
<table border="1"><thead><tr><th><u>PROBLEMA DE SAÚDE</u></th><th><u>PARENTE(S)</u></th></tr></thead><tbody><tr><td><input type="checkbox"/> Alcoolismo</td><td></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Colesterol alto</td><td></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Câncer (especifique o tipo):</td><td></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Hipertensão</td><td></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Doença cardíaca</td><td></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> AVC</td><td></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Depressão/Suicídio</td><td></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Distúrbios hemorrágicos/de coagulação</td><td></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Asma/DPOC</td><td></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Diabetes</td><td></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Problemas na tireoide</td><td></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Outro:</td><td></td></tr></tbody></table>	<u>PROBLEMA DE SAÚDE</u>	<u>PARENTE(S)</u>	<input type="checkbox"/> Alcoolismo		<input type="checkbox"/> Colesterol alto		<input type="checkbox"/> Câncer (especifique o tipo):		<input type="checkbox"/> Hipertensão		<input type="checkbox"/> Doença cardíaca		<input type="checkbox"/> AVC		<input type="checkbox"/> Depressão/Suicídio		<input type="checkbox"/> Distúrbios hemorrágicos/de coagulação		<input type="checkbox"/> Asma/DPOC		<input type="checkbox"/> Diabetes		<input type="checkbox"/> Problemas na tireoide		<input type="checkbox"/> Outro:	
<u>PROBLEMA DE SAÚDE</u>	<u>PARENTE(S)</u>																									
<input type="checkbox"/> Alcoolismo																										
<input type="checkbox"/> Colesterol alto																										
<input type="checkbox"/> Câncer (especifique o tipo):																										
<input type="checkbox"/> Hipertensão																										
<input type="checkbox"/> Doença cardíaca																										
<input type="checkbox"/> AVC																										
<input type="checkbox"/> Depressão/Suicídio																										
<input type="checkbox"/> Distúrbios hemorrágicos/de coagulação																										
<input type="checkbox"/> Asma/DPOC																										
<input type="checkbox"/> Diabetes																										
<input type="checkbox"/> Problemas na tireoide																										
<input type="checkbox"/> Outro:																										

<b>HISTÓRICO SOCIAL:</b>
<b>USO DE TABACO</b>
Cigarros <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Parou (data): _____
No momento: Maços/dia: _____ Há _____ anos
Outro <input type="checkbox"/> Cachimbo <input type="checkbox"/> Charuto <input type="checkbox"/> Rapé <input type="checkbox"/> De mascar
<b>USO DE ÁLCOOL</b>
Você bebe álcool? <input type="checkbox"/> Sim (doses/semana): _____ <input type="checkbox"/> Não
<b>USO DE DROGAS</b>
Você usa alguma droga recreativa? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Você já usou drogas injetáveis? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
<b>ATIVIDADE SEXUAL</b>
Você é ativo sexualmente no momento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Foi ativo sexualmente no passado? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
O(s) atual(is) parceiro(s) é(são): <input type="checkbox"/> Homem <input type="checkbox"/> Mulher
Histórico de DSTs (doenças sexualmente transmissíveis) <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
<b>DIETA, EXERCÍCIOS E ESTILO DE VIDA</b>
Cafeína: <input type="checkbox"/> Café/chá/refrigerantes (xícaras ou copos/dia): _____ <input type="checkbox"/> Nenhum
Você está satisfeito com seu peso? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Quantos dias por semana você se exercita? _____
Você segue alguma dieta especial? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

Assinatura do paciente/responsável: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

**DIVULGAÇÃO DE INFORMAÇÕES MÉDICAS**

Nome do paciente: \_\_\_\_\_ Data de nascimento: \_\_\_\_\_

Telefone(s): \_\_\_\_\_

**Autorizo o Families First a divulgar informações pessoais de saúde do indivíduo mencionado acima para a pessoa ou a instituição citada abaixo ou a obter informações dessa pessoa/instituição.**  **Divulgar para**  **Obter de**

Nome/Instituição: \_\_\_\_\_ Número de telefone: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ Número de fax: \_\_\_\_\_

Cidade, Estado, Código Postal: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Para as datas de tratamento de: \_\_\_\_\_ até: \_\_\_\_\_

Objetivo da divulgação: \_\_\_\_\_

Se estiver deixando nosso consultório, qual o motivo: \_\_\_\_\_

**Rubrique, à esquerda, todos os tipos de informações que você nos autoriza a divulgar ou obter:**

- — Informações de diagnósticos, exames e tratamentos médicos
- — Informações de diagnósticos, exames e tratamentos dentários e/ou radiografias realizadas: \_\_\_\_\_
- — Registros de imunizações e exames físicos
- — Registros pré-natais atuais, cópias de todos os exames laboratoriais (inclusive resultados de HIV) e/ou exames de imagem
- — Resumo das anotações de trabalho de parto e parto na seguinte data: \_\_\_\_\_
- — Informações sobre doenças sexualmente transmissíveis e/ou HIV/AIDS
- — Avaliações psiquiátricas/psicológicas, relatórios, aferições, resumos, anotações de psicoterapia ou outros documentos com relatórios de diagnóstico, prognóstico, recomendações ou exames e observações comportamentais.
- — Informações sobre drogas e álcool, incluindo anotações de avaliações, diagnósticos, tratamentos e evolução.
- — Outros: \_\_\_\_\_

**Formas de divulgação autorizadas:** Por fax, por escrito, em conversa telefônica, pessoalmente e/ou por e-mail seguro

- Compreendo que posso revogar (retirar) esta autorização a qualquer momento notificando o Families First por escrito. A revogação será efetiva a partir da data de recebimento.
- Compreendo que uma revogação não se aplicará a: 1) quaisquer ações que o Families First já tenha realizado enquanto usava esta autorização antes de ser revogada; ou 2) se esta autorização tiver sido obtida como uma condição para receber cobertura do plano de saúde e o provedor do plano tiver o direito legal de contestar uma queixa.
- Compreendo que os serviços poderão ser negados a mim se eu me recusar a permitir a divulgação para fins de **tratamento, pagamento ou operações de cuidados com a saúde**, se permitido pela lei estadual. Os serviços não serão recusados se eu negar a permissão de divulgação para outros fins.
- Compreendo que o destinatário de algumas informações divulgadas sob esta autorização poderá divulgá-las novamente e que as informações não estarão mais protegidas por regulamentos federais de privacidade.
- Compreendo que tenho o direito de: 1) examinar ou copiar as informações de saúde protegidas que serão usadas ou divulgadas, conforme permitido pela lei federal; 2) recusar-me a assinar esta autorização.
- Esta autorização permanecerá em vigor **pelo período de um ano** e poderá ser revogada a qualquer momento, por escrito.
- Salvo indicação em contrário, serão enviados somente os **dois últimos anos** de registros eletrônicos, conforme estipulado acima.

**Assinatura do paciente e/ou representante legal:** \_\_\_\_\_ **Data:** \_\_\_\_\_

**Para o profissional destinatário:** Estas informações foram divulgadas a você a partir de registros protegidos por normas de confidencialidade federais (42 C.F.R. Parte 2). As normas federais proíbem que você divulgue novamente estas informações, a menos que essa nova divulgação seja expressamente autorizada pelo consentimento por escrito da pessoa à qual pertencem ou se permitido de outra forma pelo 42 C.F.R. Parte 2. Uma autorização geral para a divulgação de informações médicas ou de outro tipo **NÃO** é suficiente para este fim. As normas federais restringem qualquer uso das informações para investigar criminalmente ou condenar qualquer paciente por abuso de álcool ou drogas.

**Somente para uso do consultório:** Testemunha: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

Enviado por: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_ Atualizado em 04/2021