

FORMULÁRIO DE REGISTRO DO PACIENTE

<i>Office use only</i>								
MR#:	PCP:	Date of Visit:						
Informação do Paciente								
Sobre Nome:			Primeiro Nome:			Nome do meio:		
Nome formal:								
Data de Nascimento:	Nr. Do Social Security:	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		Estado Civil: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Viúdo				
Números de Telefones Por Favor indique o número onde você prefere receber ligações da clínica, onde nós poderemos deixar mensagem para você				Tel. Residencial (_____) <input type="checkbox"/> Preferido		Tel. Trabalho: (_____) <input type="checkbox"/> Preferido		
				Tel. Celular: (_____) <input type="checkbox"/> Preferido				
Endereço Residencial:			Cidade:		Estado:	Cep:		
Endereço (se diferente do acima):			Cidade:		Estado:	Cep:		
E-mail:				Língua Falada:				
Raça (opcional):		<input type="checkbox"/> Branco/Caucasiano		<input type="checkbox"/> Preto/Afro Americano		<input type="checkbox"/> Asiático		<input type="checkbox"/> Nativo Havaiano
		<input type="checkbox"/> Americano Nativo		<input type="checkbox"/> Mais de uma Raça				
Etnia (opcional)		<input type="checkbox"/> Brazilian		<input type="checkbox"/> Cape Verdean		<input type="checkbox"/> European		<input type="checkbox"/> Jamaican
		<input type="checkbox"/> Other (please specify): _____						<input type="checkbox"/> Latino/Hispanic
Insurance Information								
Seguro ID# _____				<input type="checkbox"/> Sem seguro				
Seguro: (Marque qual se aplique):								
<input type="checkbox"/> Applied (pending)			<input type="checkbox"/> Medicare			<input type="checkbox"/> Tricare		
<input type="checkbox"/> Mass Health			<input type="checkbox"/> Harvard Pilgrim			<input type="checkbox"/> Veterans		
<input type="checkbox"/> Commonwealth Care			<input type="checkbox"/> Blue Cross/Blue Shield			<input type="checkbox"/> Other (please specify): _____		
<input type="checkbox"/> Health Safety Net (formerly Free Care)			<input type="checkbox"/> Tufts					
EMPLOYMENT STATUS: <input type="checkbox"/> Full-time <input type="checkbox"/> Part-time <input type="checkbox"/> Seasonal <input type="checkbox"/> None						Are you a US VETERAN? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		
OCCUPATION:				EMPLOYER:				
Major Income Source: <input type="checkbox"/> Employment <input type="checkbox"/> Social Security <input type="checkbox"/> Disability <input type="checkbox"/> Unemployment <input type="checkbox"/> VA Benefits <input type="checkbox"/> SSI <input type="checkbox"/> Pension								
Annual Household Income								
<i>For grant reporting purposes only. No personally identifiable information is ever reported. This section helps us to receive funding to provide services to the community. Please circle one box based on # of people in your household and total annual income.</i>								
Household:	1	2	3	4	5	6	7	8
Annual Income:	\$10,400 or less	\$14,000 or less	\$17,600 or less	\$21,200 or less	\$24,800 or less	\$28,400 or less	\$32,000 or less	\$35,600 or less
<input type="checkbox"/> Prefiro não responder	\$10,401-15,600	\$14,001 – 21,000	\$17,601-25,400	\$21,201-31,800	\$24,801-37,200	\$28,401-42,600	\$32,001-48,000	\$35,601-53,400
	\$15,601-20,800	\$21,001-28,000	\$25,401-35,200	\$31,801-42,400	\$37,201-49,600	\$42,601-56,800	\$48,001-64,000	\$53,401-71,200
	\$20,801-31,200	\$28,001-42,000	\$35,201-52,800	\$42,401-63,600	\$49,601-74,400	\$56,801-85,200	\$64,001-96,000	\$71,201-106,800
	\$31,200-41,600	\$42,001-56,000	\$52,801-70,400	\$63,601-84,800	\$74,401-99,200	\$85,201-113,600	\$96,001-128,000	\$106,801-142,400
	Over \$41,600	Over \$56,000	Over \$70,400	Over \$84,800	Over \$99,200	Over \$113,600	Over \$128,000	Over \$142,400
Indicado por: <input type="checkbox"/> Amigo <input type="checkbox"/> Trabalho <input type="checkbox"/> Journal <input type="checkbox"/> Agencia de serviço social <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Doutor <input type="checkbox"/> Outro								
Nome do Contato de Emergência:					Relacionamento com o paciente:			
Número de Telefone:								
Paciente ou Assinatura do Guardião:						Data:		
Assinatura modelo:						Data:		

Original Date:
Dates Revised:

QUESTIONÁRIO PESSOAL DE SAÚDE

Todas as questões contidas neste formulário são estritamente confidenciais e

se tornarão parte do nosso Arquivo Médico.

Nome <i>(Sobrenome, Primeiro, Inicial do Meio):</i>	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Data de Nascimento:
Estado civil: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Parceiro <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viúvo		
Médico Anterior:	Data do último check up:	

HISTÓRICO PESSOAL DE SAÚDE

Doenças na infância:	<input type="checkbox"/> Sarampo <input type="checkbox"/> Rubéola <input type="checkbox"/> Catapora <input type="checkbox"/> Febre Reumática <input type="checkbox"/> Pólio		
Vacinas e datas:	<input type="checkbox"/> Tetano	<input type="checkbox"/> Pneumonia	
	<input type="checkbox"/> Hepatite	<input type="checkbox"/> Catapora	
	<input type="checkbox"/> Gripe	<input type="checkbox"/> Sarampo, Rubéola e Catapora	

Liste qualquer outro problema médico diagnosticados por outros médicos:

Cirurgias?

Ano	motivo	Hospital

Outras internações hospitalares:

Ano	Motivo	Hospital

Ja fez alguma transfusão de sangue?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
--	------------------------------	------------------------------

Liste seus medicamentos ou qualquer outro remédio que esteja tomando que não precise de receita médica como vitaminas e inaladores

Nome do remédio	Dosagem	Frequência que é consumido

Alergias a medicamentos

Nome do remédio	Reação que causa

HÁBITOS SOBRE SUA SAÚDE E SEGURANÇA PESSOAL

TODAS AS PERGUNTAS CONTIDAS NESTE QUESTIONÁRIO SÃO OPCIONAIS E ESTRITAMENTE CONFIDENCIAIS.

Exercício	<input type="checkbox"/> Sedentário (Não se exercita)			
	<input type="checkbox"/> Exercício leve (ex: subir escadas, andar 3 quadras, jogar golf)			
	<input type="checkbox"/> Exercício vigoroso ocasional (ex.: trabalho ou recreação, menos de 4x por semana por 30 min.)			
	<input type="checkbox"/> Exercício vigoroso regular(ex.: trabalho ou recreação, menos de 4x por semana por 30 min.)			
Dieta	Está de regime?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	
	Se sim, você esta de dieta recomendada pelo seu médico?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	
	Nr. de refeições que você faz num dia comum?			
	Qtd de sal consumida	<input type="checkbox"/> Alto	<input type="checkbox"/> Médio	<input type="checkbox"/> Baixo
	Qtd de gordura consumida	<input type="checkbox"/> Alto	<input type="checkbox"/> Médio	<input type="checkbox"/> Baixo
Cafeína	<input type="checkbox"/> Nenhuma	<input type="checkbox"/> Café	<input type="checkbox"/> Chá	<input type="checkbox"/> Coca-cola
	Nr. de copos por dia?			
Alcool	Você consome bebidas alcólicas?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	
	Se sim, que tipo?			
	Quantos por semana?			
	Você está preocupado com a quantidade consumida?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	
	Ja considerou parar?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	
	Ja desmaiou alguma vez?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	
		<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	
	Você dirige depois que consome bebidas alcólicas?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	
Tabaco	Você usa tabaco?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	
	<input type="checkbox"/> Cigarros – maços/dia	<input type="checkbox"/> fumo- #/dia	<input type="checkbox"/> Cachimbo - #/dia	<input type="checkbox"/> Charutos - #/dia
	<input type="checkbox"/> # de anos	<input type="checkbox"/> Ou ano que parou de fumar		
Drogas	Você está atualmente usando algum tipo de droga?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> Não	
	Você alguma vez já usou algum tipo de droga injetável?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	
Sexo	É sexualmente ativo?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	

	Se é, está tentando ter filhos?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
	Se não tem a intenção de ter filhos, qual o método de prevenção usado?:		
	Há algum desconforto durante a relação sexual?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
	Doenças relacionadas ao Human Immunodeficiency Virus (HIV), como a AIDS, tem se tornado um dos principais problemas de saúde pública. Fatores de riscos para esta doença incluem uso de drogas injetáveis e relação sexual sem proteção. Você gostaria de falar com o seu médico a respeito dos riscos desta doença?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Segurança Pessoal	Você mora sozinho?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
	Cai frequentemente?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
	Você tem problema de visão ou audição?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
		<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
		<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
	Agreção física e mental também se tornaram grandes problemas para a saúde pública neste país. Isto frequentemente vem em forma de agreção verbal ou até mesmo física ou sexual. Você gostaria de falar com seu médico a respeito disto?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> Não

HISTÓRICO DA SAÚDE DA FAMÍLIA

	IDADE	PROBLEMAS SIGNIFICANTES DE SAÚDE		IDADE	PROBLEMAS SIGNIFICANTES DE SAÚDE
Pai			filhos	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Mãe				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Irmãos	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		Avó <i>Materna</i>		
	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		Avó <i>Materno</i>		
	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		Avó <i>Paterna</i>		
	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		Avó <i>Paterno</i>		

SOMENTE PARA MULHERES:

Idade em que teve a primeira menstruação:		
Data da última menstruação:		
Menstruação a cada ____ dias		
Menstruação forte, irregular, corrimento ou dor?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Número de vezes que engravidou ____ Número de filhos ____		
Você está grávida ou amamentando?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Você já fez alguma cesárea, histerectomia ou raspagem/curetagem do útero?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
No ano passado teve alguma infecção urinária, da bexiga ou rins?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Algum sangue encontrado na urina?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Algum problema para controlar a urina?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Algum calor repentino ou suador no meio da noite?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Voce tem alguma tensão menstrual, dor, inchaço, irritabilidade, ou outros sintomas perto da data da menstruação?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Alguma vez já sentiu dor, caroços ou secreção dos seios?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> Não
Data do último papanicolau (preventivo) e exame do reto?		

SOMENTE PARA HOMENS:

Você geralmente se levanta no meio da noite para urinar?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Se sim, quantas vezes? ____		
Você sente dor ou queimação quando urina?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Algum sangue na urina?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Você sente alguma queimação ou secreção do pênis?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
A força da urina tem diminuído?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Nos últimos 12 meses você teve infecção nos rins, bexiga ou prostata?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Você tem algum problema para esvaziar a sua bexiga por completo?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Alguma dificuldade de ereção ou ejaculação?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Algum inchaço ou dor nos testiculos ?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Data do último exame da prostata ou reto?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não

OUTROS PROBLEMAS

Marque se você tem, ou teve algum dos sintomas nas áreas apresentadas abaixo e explique por favor.

<input type="checkbox"/> Pele	<input type="checkbox"/> Peito/Coração	<input type="checkbox"/> Mudanças recentes em:
<input type="checkbox"/> Cabeça/Pescoço	<input type="checkbox"/> Costas	<input type="checkbox"/> Peso
<input type="checkbox"/> Ouvidos	<input type="checkbox"/> Intestino	<input type="checkbox"/> Nível de energia
<input type="checkbox"/> Nariz	<input type="checkbox"/> Bexiga	<input type="checkbox"/> Habilidade para dormir
<input type="checkbox"/> Garganta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Outra dor ou desconforto:
<input type="checkbox"/> Pulmões	<input type="checkbox"/> Circulacao	



AUTHORIZAÇÃO PARA TRATAMENTO E SERVIÇOS CLÍNICOS

NOME: _____

DATA DE NASCIMENTO: _____ MR #: _____

O Centro Comunitário do Cape Cod é conhecido por ser um compreensivo centro de saúde, respondendo as necessidades de saúde da comunidade, apoiando tratamentos a longo prazo, e incentivando indivíduos a controlar sua própria saúde. Nós somos comprometidos à provir qualidade, compreensividade, e serviços integrados a saúde de todos os nossos pacientes. Profissionais do nosso centro médico irão fazer recomendações que diz respeito a seus cuidados e tratamento.

Eu autorizo tratamento médico e ou tratamento dentário pelo centro Comunitário do Cape Cod. Eu entendo que procedimentos e tratamentos médicos são providos pelos médicos, assistentes dos médicos, enfermeiros, dentistas.

Eu concordo em compartilhar informações com o centro comunitário que diz respeito a serviços médicos e outras localidades onde recebo cuidados a meu respeito.

Eu concordo nas decisões que diz respeito aos meus cuidados e irei seguir as recomendações do centro Comunitário do Cape Cod, como combinado.

Eu concordo em informar ao Centro Comunitário do Cape Cod a que diz respeito a qualquer mudança em minha saúde e/ou reações relacionados a tratamentos e medicamentos, incluindo dores.

Eu mantenho o direito a procurar tratamento em outros lugares na minha própria despesa.

Eu concordo em provir o centro comunitário de saúde do Cape Cod com informações sobre meu plano de saúde e/ou estado financeiro quando solicitado, e irei notificar o centro sobre qualquer mudanças sobre meu plano de saúde e/ou estado financeiro.

Eu compreendo que para proporcionar serviços de qualidade, pode ser necessário que o centro de saúde do Cape Cod matenha comunicações e/ou encaminhe a outros centros de saúde. Comunicação entre eu e os funcionários do centro de saúde são confidenciais e para qualquer liberação de informações médicas, será requerido uma permissão pro escrito. Existem, no entanto limitações legais para essa confidencialidade. Eu recebi uma cópia do manual de privacidade do centro de saúde do Cape Cod e afirmo que entendi meus direitos de confidencialidade.

Eu compreendo que sou responsável por todos os meus pertences pessoais durante minha visita ao Centro de saúde.

Eu concordo em tratar os funcionários dos Centro Comunitário do Cape Cod com total respeito.

Eu compreendo se algum medicamento for fornecido para mim, pelo Centro Comunitário do Cape Cod, que não esteja em um frasco seguro contra crianças, eu concordo que o Centro Comunitário de Saúde do Cape Cod não será responsável pelo armazenamento seguro dos meus medicamentos.

Os serviços do Centro de Saúde Comunitário do Cape Cod e seus profissionais estarão disponíveis somente durante o horário de funcionamento da clínica. Por favor refira-se ao guia de informação do paciente para mais informações sobre horas diferentes, que se encontra na sala de espera da clínica.

O Centro Comunitário de Saúde do Cape Cod fornece clínico geral, cuidados mentais, e dentista geral. Nossa habilidade de fornecer avaliações suplementares como laboratoriais, estudos de raio-x, encaminhamentos à especialistas e tratamentos são limitados. Estudos mais extensivos e cuidados profissionais serão de responsabilidade do paciente. Serão feitas todas tentativas para fornecer assistência aos serviços mencionados.

Eu compreendo que se eu tiver qualquer pergunta ou preocupação sobre esse formulário ou qualquer outro serviço do centro de Saúde ou sobre apólice do paciente, eu tenho o direito a pedir informações à qualquer funcionário durante horário de funcionamento da clínica.

Eu concordo em notificar o Centro Comunitário de Saúde do Cape Cod dentro de 24 horas se eu estiver incapaz de manter minha consulta.

Assinatura do paciente: _____ Data: ____/____/____