

FORMULÁRIO DE REGISTRO DO PACIENTE

Office use only

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:

M F

Estado Civil: Solteiro Casado Divorciado

Separado 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 (_____) Preferido

Tel. Trabalho: (_____) Preferido

Tel. Celular: (_____) Preferido

Endereço Residencial:

Cidade:

Estado:

Cep:

Endereço (se diferente do acima):

Cidade:

Estado:

Cep:

E-mail:

Língua Falada:

Raça (opcional):

Branco/Caucasiano Preto/Afro Americano Asiático Nativo Havaiano
 Americano Nativo Mais de uma Raça

Etnia (opcional)

Brazilian Cape Verdean European Jamaican Latino/Hispanic
 Other (please specify): _____

Insurance Information

Seguro ID# _____

Sem seguro

Seguro: (Marque qual se aplique):

Applied (pending)

Medicare

Tricare

Mass Health

Harvard Pilgrim

Veterans

Commonwealth Care

Blue Cross/Blue Shield

Other (please specify): _____

Health Safety Net (formerly Free Care)

Tufts

EMPLOYMENT STATUS: Full-time Part-time Seasonal None

Are you a US VETERAN? Yes No

OCCUPATION:

EMPLOYER:

Major Income Source: Employment Social Security Disability Unemployment VA Benefits SSI Pension

Annual Household Income

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.

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: Amigo Trabalho Journal Agencia de serviço social Hospital Doutor Outro

Nome do Contato de Emergência:

Relacionamento com o paciente:

Número de Telefone:

Paciente ou Assinatura do Guardiã:

Data:

Assinatura modelo:

Data:

Data: _____

Nome da pessoa preenchendo a ficha: _____

Parentesco: _____

Questionário de Saúde Pediátrica

Por favor preencha o formulário abaixo. As respostas permanecerão confidenciais e se tornarão parte do relatório médico da criança.

Nome da criança (sobrenome, primeiro): _____

Data de nascimento: _____

Por favor circule: Feminino Masculino

Quais são as principais características da criança?

Qual a sua maior preocupação em relação a seu filho(a)?

Histórico Médico da Criança

Gravidez e histórico do nascimento:

Você teve alguma doença maternal durante a gravidez? Explique por favor:	Sim	Não
Você tomou algum medicamento durante a gravidez? Lista:	Sim	Não
Você usou alguma substância durante a gravidez? Explique por favor:	Sim	Não
Onde o paciente nasceu? (cidade/estado e País)		
Quanto tempo durou a gravidez?		
Por favor circule o tipo de parto (Normal ou Cesariana)		
Você teve algum problema durante o parto ? Explique por favor:	Sim	Não
Qual o peso do bebê ao nascer?		
Algum problema depois do nascimento? Explique por favor:	Sim	Não
A criança está em dia com todas as vacinas? Explique se não por favor:	Sim	Não
Por favor traga uma cópia do cartão de vacinas para o médico.		
A criança esta recebendo tratamento dentário? Se sim, por favor fornecer o nome, end., telefone e fax do dentista	Sim	Não

Liste todos os problemas de saúde diagnosticados por outros médicos:

Por favor circule todos que se referem a seu filho(a):

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Infecção de ouvido frequente | <input type="checkbox"/> Alergia/Rinite Alérgica |
| <input type="checkbox"/> Icterícia (pele amarela) | <input type="checkbox"/> Problema de pele |
| <input type="checkbox"/> Infecção urinária | <input type="checkbox"/> Problema na escola |
| <input type="checkbox"/> Crescimento tardio ou problema com o crescimento | <input type="checkbox"/> Problema de disciplina |
| <input type="checkbox"/> Convulsões | <input type="checkbox"/> Problema com sono |
| <input type="checkbox"/> Anemia (quantidade baixa dos glóbulos vermelhos) | <input type="checkbox"/> Faz xixi na cama |
| <input type="checkbox"/> Nível alto de metal | <input type="checkbox"/> Prisão-de-ventre |
| <input type="checkbox"/> Catapora (Se for o caso, quando teve? _____) | <input type="checkbox"/> Problema de desenvolvimento ou comportamento |
| <input type="checkbox"/> Sarampo, Caxumba | <input type="checkbox"/> Outro: Explique por favor: |
| <input type="checkbox"/> Mononucleose | _____ |
| <input type="checkbox"/> Asma | _____ |

Masculino: A criança foi circuncisada? Sim Não

Você tem alguma preocupação em os testículos não estarem na bolsa escrotal? Sim Não

Feminino: A sua filha já ficou menstruada? Sim Não Se for o caso, quando? _____

Ela tem algum problema com a menstruação? _____

Lista de informações a respeito de cirurgias:

Data: _____ Motivo: _____ Hospital: _____

Lista de informações a respeito de hospitalizações:

Data: _____ Motivo: _____ Hospital: _____

O seu filho(a) já fez alguma transfusão de sangue? Sim Não

Se for o caso, quando? _____

Por favor liste todos os remédios receitados ou sem receita da criança, como vitaminas e bombinhas:

Nome do medicamento	Potência/Dose	Frequência
---------------------	---------------	------------

Por favor liste as alergias de medicamentos

Nome do remédio	Reação
-----------------	--------

		Avô <i>paterna</i>
Mãe		Avô <i>materno</i>
		Avô <i>materna</i>
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	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F

Os pais, irmãos, avós da criança tem algum problema citados abaixo: (se sim, quem?)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Pressão alta/ colesterol alto | <input type="checkbox"/> Doença dos rins |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Artrite ou Lupus |
| <input type="checkbox"/> Asma/eczema/alergias | <input type="checkbox"/> Aborto espontâneo |
| <input type="checkbox"/> Câncer | <input type="checkbox"/> Deficiência de aprendizado |
| <input type="checkbox"/> Doença de tiróide | <input type="checkbox"/> Problema de visão ou audição |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Problema do sistema nervoso ou convulsões |
| <input type="checkbox"/> Problema dos pulmões | <input type="checkbox"/> Problemas mentais ou depressão? |
| <input type="checkbox"/> Problema do coração | <input type="checkbox"/> Problemas com álcool ou drogas? |
| <input type="checkbox"/> HIV/AIDS | <input type="checkbox"/> A criança alguma vez ja tentou o suicídio? |
| <input type="checkbox"/> Tuberculose | <input type="checkbox"/> Outro problema médico ou psiquiátrico? |
| <input type="checkbox"/> Distúrbios intestinais ou do estômago | |

Outros problemas

Marque se a criança tem ou teve, algum sintoma relacionado as areas citadas abaixo e explique se for recente:

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Pele | <input type="checkbox"/> Peito/coração | Mudanças recentes em: |
| <input type="checkbox"/> Cabeça/Pescoço | <input type="checkbox"/> Costas | <input type="checkbox"/> Peso |
| <input type="checkbox"/> Ouvido | <input type="checkbox"/> Intestino | <input type="checkbox"/> Nível de energia |
| <input type="checkbox"/> Nariz | <input type="checkbox"/> Bexiga | <input type="checkbox"/> Abilidade para dormir |
| <input type="checkbox"/> Garganta | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Outra dor/ desconforto |
| <input type="checkbox"/> Pulmões | <input type="checkbox"/> Circulação | <input type="checkbox"/> problemas de desenvolvimento ou de comportamento |

Você tem alguma pergunta ou precisa de alguma outra informação do médico hoje?



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 às 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, 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 mantenha 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 do 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: ____ / ____ / ____