

Se necessário, solicite assistência no preenchimento deste formulário.

Nome do paciente: _____ Data de nascimento: _____

Escreva qualquer nome(s) diferentes que tenha usado, tal como nome de solteiro: _____

Rua: _____ Caixa Postal: _____

Cidade: _____ Estado: _____ CEP: _____

Telefone Primario: _____ Celular Casa Trabalho (marque um) →
Telefone Secundario: _____ Celular Casa Trabalho (marque um) →

Endereço de e-mail: _____

Yo autorizo Lamprey Health Care para comunicarse conmigo mediante correo electrónico. Sim Não

Gênero atribuído no nascimento: Feminino Masculino Estado Civil: Solteiro Casado Outro: _____

Para criança, por favor, preencha esta seção.

Pais ou o nome do Guardiã: _____

Relação ao paciente: _____

Endereço (se for diferente do paciente): _____

Situação de emprego: Tempo Integral Parcial Deficiente
 Desempregado Aposentado (Data) _____

Se empregado, por favor fornecer:

Nome do Empregador: _____ Ocupação: _____

Endereço: _____

**Se você tem seguro de saúde, favor, fornecer seu cartão (s)
para que possamos fazer cópias.**

Nome do Portador da apólice: _____ Data de nascimento: _____

Relação ao paciente: _____

Quem o seu seguro lista como sendo seu Medico de Atenção Básica: _____

**Se você não tiver seguro de saúde, favor falar com um membro da nossa equipe sobre
suas opções para assistência financeira.**

Nome para contato de Emergência: _____

Telefone: _____ Relacionamento: _____

Nome Impresso do Pacient: _____

Data de Nascimento do Paciente: _____

CONSENTIMENTO GERAL PARA DIAGNÓSTICO AMBULATORIAL, CUIDADOS E TRATAMENTO

Em uma base contínua, solicito, consinto e autorizo Lamprey Health Care, Inc. para executar os procedimentos e testes de diagnósticos e terapêuticos e fornecer cuidados gerais e tratamento como determinado necessário e/ou ordenado por aqueles profissionais de saúde envolvidos nos meus cuidados. Isto inclui, mas não está limitado a, realização do exame físico e radiografias ou outros procedimentos de diagnósticos ou radiológicos, bem como a obtenção de sangue, tecidos, fluidos ou outras amostras corporais. Eu também consinto e autorizo Lamprey Health Care para examinar, e utilizar para os fins para os quais foram dadas, armazenar e descartar qualquer sangue, tecidos, fluidos ou amostras corporais em conformidade com os requisitos legais e procedimentos habituais. Eu entendo que posso perguntar aos meus prestadores de cuidados de saúde sobre meus cuidados, tratamento e procedimentos em qualquer momento e sinto-me encorajado a fazê-lo.

SERVIÇOS DE SAÚDE COMPORTAMENTAL

Lamprey Health Care fornece uma abordagem integrada da equipe de coordenação dos cuidados de saúde primários e comportamental. Como uma equipe integrada, todos os membros da equipe trabalham juntos melhorando a comunicação entre provedores através da partilha de informações em um prontuário e tomando decisão, bem como compartilhando a responsabilidade para o plano de cuidados do paciente. Serviços de saúde comportamental estão disponíveis para todos os indivíduos. Eu entendo que há profissionais de saúde em formação que podem estar envolvidas em meus cuidados e autorizo a sua participação na mesma sob supervisão adequada.

ACORDO DE RESPONSABILIDADE FINANCEIRA E ATRIBUIÇÃO DOS BENEFÍCIOS

Eu entendo que sou financeiramente responsável por todas as cobranças e contas associadas com meus cuidados e tratamento, excepto na medida em que todos ou parte desses encargos ou as contas são pagas ou cobertos pelo seguro de saúde, ou programa de saúde do governo (tais como o Medicare ou Medicaid), um programa de assistência financeira ou outro responsável pelo seu pagamento (todos os quais são referidos como "Contribuintes de terceiros"). Eu autorizo Lamprey Health Care apresentar as contas ou créditos e informações relacionadas sobre o meu estado de saúde, cuidados, tratamento e os pagamentos efectuados para meus cuidados e tratamento para qualquer contribuinte de terceiros aplicáveis e seus parceiros de negócios. Também autorizo tais terceiros contribuintes para fazer pagamentos directos para cuidados de saúde de Lamprey em resposta a estas contas ou reivindicações.

SOMENTE MEDICARE

Solicito o pagamento dos benefícios de Medicare autorizados para mim ou em meu nome para quaisquer serviços oferecidos por Lamprey Health Care. Autorizo a qualquer titular de informações médicas sobre mim para liberar para Medicare e seus agentes, todas as informações necessárias para determinar esses benefícios ou prestações de serviços relacionadas.

_____ Se você tem Medicare por favor escreva a sua iniciais para confirmar que você leu e entendeu esta seção.

CONSENTIMENTO E AUTORIZAÇÃO PARA USAR E DIVULGAR INFORMAÇÕES DE SAÚDE

Lamprey Health Care mantém registros em formulários eletrônicos e outros. Estes registros descrevem, entre outras coisas, meu passado e status de saúde atual, incluindo o diagnóstico de qualquer doença e condições, a natureza e resultados de exames e testes, tratamento fornecido e planos de cuidados ou tratamento. Além disso, esses registros incluem o faturamento, social e outras informações de identificação e podem incluir informações confidenciais, como resultados de testes genéticos, HIV/AIDS e o uso de álcool e drogas (tudo o que é referido como minha "informações de saúde"). Eu consinto e autorizo Lamprey Health Care, quando necessário para meu tratamento, pagamento das minhas contas, ou as operações de negócios de Lamprey Health Care liberar e trocar minhas informações de saúde com outros profissionais de saúde e organizações envolvidas sob meus cuidados e com sócios que Lamprey Health Care tenha contratado pelas mesmas razões.

QUALQUER DÚVIDA QUE EU TINHA SOBRE ESTE CONSENTIMENTO FORAM RESPONDIDAS. EU ENTENDO AS INFORMAÇÕES NESTE FORMULÁRIO E CONCORDO COM AS CONDIÇÕES ESTABELECIDAS ACIMA. ESTE CONSENTIMENTO DEVE PERMANECER EFICAZ ATÉ REVOGÁ-LO POR ESCRITO, O QUE POSSO FAZER A QUALQUER MOMENTO.

Assinado: _____ Data: _____
(Paciente ou Representante Autorizado)

Relação de representante autorizado: _____
(Por exemplo: pai, guardião legal ou agente de saúde)

Formulário de Informações do Paciente

Por Favor Preencha Claramente

Se necessário, solicite assistência no preenchimento deste formulário.

Opcional: Lamprey Health Care recebe ajuda financeira estadual e federal para apoiar os nossos serviços. Ocasionalmente, nós somos pedidos a dar um relatório sobre a situação financeira geral e a raça/etnia dos nossos pacientes. Sua ajuda para completar esta informação nos ajudará para futurar concessão de financiamento. **Toda a informação fornecida é confidencial.**

Obrigado por sua cooperação.

Ethnicity

Você é: Hispânico Não hispânico

Raça: Verifique todos os que se aplicam.

- Índios americanos nativos/do Alaska
 Asiáticos
 Preto/Afroamericano
 Multirracial
 Nativo havaiano
 Outro habitante do pacífico
 Branco

Orientação sexual

Qual é a sua orientação sexual?

- Heterossexual
 Lésbica, gay ou homossexual
 Bissexual
 Outros
 Desconhecido
 Prefere não divulgar

Identidade de gênero

Qual é a sua identidade de gênero?

- Masculino
 Feminino
 Transgender masculino para feminino
 Transgender Feminino para masculino
 Genderqueer
 Outro
 Prefere não divulgar

Comunicando com Você

Sim Não

- O seu primeiro idioma é o inglês?
 Se Não, qual a sua primeira língua? _____
 Você necessita de interprete?
 Você é Deficientes Auditivos?
 Você precisa de interprete para
 linguagem de sinais?

Moradia

- Aluguel Vivo com Família/Amigo
 Casa Própria Habitação transitória
 Abrigo Rua
 Outro: _____

Você é(marque o que lhe aplica)

- Estudante Tempo Integral Estudante Parcial
 Veterano Trabalhador migrante
 Trabalhador sazonal

Como Você ouviu a nosso respeito?

- Parente Site da Lamprey Health Care
 Amigo Anuncio
 Hospital Evento de Agencia Social
 Outro Provedor Sem Consulta
 Escola TV/Radio
 Empregador Evento Comunitario
 Diretório de Seguradoras Internet/ Meios de
 Notícias Comunicação Sociais
 Outro: _____

Formulário de Informações do Paciente

Por Favor Preencha Claramente

Se necessário, solicite assistência no preenchimento deste formulário.

Opcional: Lamprey Health Care recebe ajuda financeira estadual e federal para apoiar os nossos serviços. Ocasionalmente, nós somos pedidos a dar um relatório sobre a situação financeira geral e a raça/etnia dos nossos pacientes. Sua ajuda para completar esta informação nos ajudará para futurar concessão de financiamento. **Toda a informação fornecida é confidencial.**

Obrigado por sua cooperação.

Estimativa de renda

Tamanho da Família	De	Para	De	Para	De	Para	De	Para
1	\$0-	\$12,261	\$12,262	\$16,510	\$16,511	\$22,580	\$22,581	\$24,280
2	\$0-	\$16,624	\$16,625	\$22,385	\$22,386	\$30,615	\$30,616	\$32,920
3	\$0-	\$20,987	\$20,988	\$28,260	\$28,261	\$38,650	\$38,651	\$41,560
4	\$0-	\$25,350	\$25,351	\$34,136	\$34,137	\$46,685	\$46,686	\$50,200
5	\$0-	\$29,714	\$29,715	\$40,011	\$40,012	\$54,721	\$54,722	\$58,840
6	\$0-	\$34,077	\$34,078	\$45,886	\$45,887	\$62,756	\$62,757	\$67,480
7	\$0-	\$38,440	\$38,441	\$51,761	\$51,762	\$70,791	\$70,792	\$76,120
8	\$0-	\$42,803	\$42,804	\$57,636	\$57,637	\$78,826	\$78,827	\$84,760

Confira aqui se sua renda familiar está acima dos níveis enumerados.

INSTRUÇÕES DA GRADE DE RENDA

Passo 1: Olhe para coluna A e localize a linha que corresponde ao número de pessoas em sua casa, incluindo crianças. Se houver mais de 8 em sua casa, use a linha 8

Passo 2: Siga essa linha do outro lado até encontrar o nível de renda que melhor corresponde a sua família e **circule a media.**

