

Se necessário, solicite assistência no preenchimento deste formulário.

Nome do paciente: _____ Data de nascimento: _____
Mês / Dia / Ano

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: _____

Situação de emprego: Tempo Integral Parcial Desempregado Aposentado (Data) _____
Nome do Empregador: _____
Mês / Dia / Ano

Nome para contato de Emergência: _____

Telefone: _____ Relacionamento: _____

Para criança, por favor, preencha esta seção.

Pais ou o nome do Guardião #1: _____

Data de nascimento: _____ Relação ao paciente: _____
Mês / Dia / Ano

Endereço (se for diferente do paciente): _____

Pais ou o nome do Guardião #2: _____

Data de nascimento: _____ Relação ao paciente: _____
Mês / Dia / Ano

Endereço (se for diferente do paciente): _____

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

Nome do Portador da apólice: _____ Data de nascimento: _____
Mês / Dia / Ano

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 Impresso do Pacient: _____

Data de Nascimento do Paciente: _____
Mês / Dia / Ano

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.

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) Mês / Dia / Ano

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

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, assine para confirmar que você leu e entendeu esta seção.

Assinado: _____ Data: _____
(Paciente ou Representante Autorizado) Mês / Dia / Ano

Formulário de Informações do Paciente

Por Favor Preencha Claramente

Se necessário, solicite assistência no preenchimento deste formulário.

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: Escolha até duas opções que melhor se aplicam a você.

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

Orientação sexual

Qual é a sua orientação sexual?

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

Identidade de gênero

Qual é a sua identidade de gênero?

- Masculino
 Feminino
 Transgender masculino para feminino
 Transgender Feminino para masculino
 Genderqueer (não exclusivamente masculino ou feminino)
 Categoria de gênero adicional ou 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
língua 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

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.**

Estimativa de renda

Tamanho da Família	De	Para	De	Para	De	Para	De	Para	Masi Que
1	\$0-	\$12,760	\$12,760.01	\$17,226.00	\$17,226.01	\$23,606.00	\$23,606.01	\$25,520.00	\$25,520.01
2	\$0-	\$17,240	\$17,240.01	\$23,274.00	\$23,274.01	\$31,894.00	\$31,894.01	\$34,480.00	\$34,480.01
3	\$0-	\$21,720	\$21,720.01	\$29,322.00	\$29,322.01	\$40,182.00	\$40,182.01	\$43,440.00	\$43,440.01
4	\$0-	\$26,200	\$26,200.01	\$35,370.00	\$35,370.01	\$48,470.00	\$48,470.01	\$52,400.00	\$52,400.01
5	\$0-	\$30,680	\$30,680.01	\$41,418.00	\$41,418.01	\$56,758.00	\$56,758.01	\$61,360.00	\$61,360.01
6	\$0-	\$35,160	\$35,160.01	\$47,466.00	\$47,466.01	\$65,046.00	\$65,046.01	\$70,320.00	\$70,320.01
7	\$0-	\$39,640	\$39,640.01	\$53,514.00	\$53,514.01	\$73,334.00	\$73,334.01	\$79,280.00	\$79,280.01
8	\$0-	\$44,120	\$44,120.01	\$59,562.00	\$59,562.01	\$81,622.00	\$81,622.01	\$88,240.00	\$88,240.01

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

Se necessário, solicite assistência no preenchimento deste formulário.

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.

SIGA-NOS





Assistência Médica

Instruções de preenchimento da Solicitação de Cobertura no Programa de Taxa de descontos

A Lamprey Health Care oferece um programa de desconto por taxa reduzida para ajudar pacientes a obter serviços de saúde quando eles não puderem pagar pelos mesmos. O programa de desconto por escala de taxa reduzida é aplicado à maioria dos serviços que oferecemos. O programa oferece descontos para pacientes elegíveis de acordo com sua renda.

Para determinar se um paciente está qualificado a participar do programa, ele/ela precisa completar um formulário de solicitação. Todos os campos do formulário devem ser preenchidos. A solicitação precisa ser datada e assinada. Se a solicitação estiver incompleta, enviaremos um pedido de informações adicionais ao solicitante. O paciente deve nos enviar as informações adicionais dentro de 10 dias ou a solicitação será recusada.

Por favor siga as seguintes instruções:

A solicitação é para um indivíduo ou para toda a família?

O solicitante pode fazer o requerimento somente para ele mesmo ou para toda a família. O tamanho da família e a renda de todos os membros da família devem ser incluídos, a não ser que a solicitação seja apenas para um indivíduo financeiramente independente.

Endereço Residencial - esse é o endereço onde você e sua família residem.

Endereço de Correspondência - esse é o endereço onde o correio entrega sua correspondência.

Residentes do Domicílio - isso significa o chefe de família, cônjuge, filhos e todos os outros dependentes incluídos no imposto de renda mais recente. Se alguma grávida for incluída na solicitação, inclua também o bebê. Se o domicílio for constituído por duas pessoas que não são casadas e tem filhos, todos os dependentes incluídos no imposto de renda de ambos devem ser listados.

Por favor liste todas as pessoas da família que sejam maiores de 18 anos na seção de adultos. Liste todos os menores de 18 anos na seção de crianças.

Se houver alguma grávida, inclua a data prevista do parto.

Por favor liste qualquer indivíduo portador de deficiência.

Por favor nos informe se alguém possuir cobertura de plano de saúde.

A solicitação deve ser assinada e datada antes de ser enviada para avaliação.

Comprovante de renda - Todos os membros da família devem completar a Verificação de Renda. Inclua as duas folhas de pagamento mais recentes para cada emprego. Se você não receber folhas de pagamento, você pode obter um formulário para que seu empregador preencha.

Outras fontes de renda - todas as outras fontes de renda devem ser listadas. Essa seção deve incluir o nome da pessoa que recebe a renda, a fonte de renda, o valor recebido com regularidade e o período de pagamento coberto. Alguns exemplos de outras fontes de renda incluem seguro desemprego, redimento por incapacidade, indenização por acidente de trabalho, seguro social, renda de segurança suplementar (SSI), assistência social (incluindo vale-alimentação do governo, assistência à criança), benefícios para veteranos, benefícios de sobrevivência, pensões ou renda de aposentadoria, dividendos, renda de outros investimentos, renda de alugueis, direitos autorais, rendas de testamentos e sucessões, pensões alimentícias, e qualquer outra renda fora do domicílio familiar e outras fontes diversas.

Por favor inclua comprovante de renda para cada fonte de renda. Comprovantes de renda podem ser folha de pagamento, contra-cheques, uma carta, um extrato bancário mostrando depósitos, ou cópias de cheques. Esta solicitação não será finalizada se você não incluir os comprovantes.

Se você tiver alguma pergunta quanto do preenchimento desta solicitação, por favor ligue para Barbara Williamson (603)-292-7245 ou Sue Marin (603) 883-7194.



Assistência Médica

Solicitação de Cobertura no Programa de Taxa de descontos de acordo com sua renda

Solicitação para: Indivíduo Família Data: _____
Sobrenome: _____ Primeiro Nome: _____

Endereço Residencial: _____

Cidade: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
Telefone: _____

Endereço de correspondência (se diferente do residencial): _____

Cidade: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Adultos Residentes do Domicílio (por favor selecione este campo se o indivíduo for paciente da Lamprey)

Nome	Parentesco com o Solicitante:	Data de Nascimento	Sexo	Idioma Primário

Crianças Residentes do Domicílio (por favor selecione este campo se o indivíduo for paciente da Lamprey)

Nome	Parentesco com o Solicitante:	Data de Nascimento	Sexo	Idioma Primário

Há uma grávida no domicílio: Sim No
Data Prevista do Parto: _____

Há pessoa com deficiência no domicílio: Sim No
Nome: _____

Algum residente do domicílio possui plano de saúde ou odontológico? Sim No
Se sim, por favor forneça uma cópia de frente e verso dos cartões do plano.



Assistência Médica

Solicitação de Cobertura no Programa de Taxa de descontos de acordo com a sua renda

Declaração renda (se você não tem nenhuma fonte de renda, por favor complete, caso contrário, vá para a página 2):

Eu, _____, declaro que não tenho nenhuma fonte de renda.

Explique como você paga suas despesas atuais de vida mensal, como aluguel, alimentação, gás, roupas e assistência médica:

Você deve responder a todas as perguntas. Se algum campo não se aplicar a você, escreva N/A no espaço. Você deve assinar e datar sua solicitação antes de enviar. Se você não assinar sua solicitação, seu pedido será negado.

Eu declaro que todas as informações acima são verdadeiras e completas. Eu autorizo a Lamprey Health Care a verificar qualquer informação acima e se disponibilizar das informações acima para prestadores de serviços mútuos e conectados a sua rede. Eu entendo que sou responsável financeiramente por todas as faturas de serviços prestados antes da finalização e aprovação desta solicitação e se minha solicitação for recusada. Eu entendo que a Lamprey Health Care é regulada por políticas e regulamentos estabelecidos pelo governo federal e que a deturpação ou inclusão de informações incorretas nesta solicitação são consideradas ilegais.

(assinatura do solicitante)

(data)

PARA USO EXCLUSIVO DO ESCRITÓRIO:

Date application received: _____

Name of Staff member receiving application: _____

Assistance is granted at _____ % based on calculated household income of \$ _____ and family size of _____.

Assistance is denied due to:

- _____ **Income does not meet eligibility criteria**
- _____ **Missing information requested was not provided within 10 days**
- _____ **Application was not signed**

Notification to patient was mailed on _____ (date)

Signature of employee performing eligibility review: _____



Assistência Médica

Solicitação de Cobertura no Programa de Taxa Degressiva (Sliding Fee Discount Program - SFDP)

Verificação de Renda

(Por favor preencha os campos seguintes para todos os adultos residentes do domicílio e também para todos os menores que trabalham. Preencha também campos separados para cada empregador se algum residente do domicílio trabalhar em mais de um emprego)

Nome: _____ Data de Nascimento: _____
Empregador: _____ Data de Admissão: _____
Função/Cargo: _____ Média de horas semanais: _____
Base Salarial: \$ _____

Por favor inclua os comprovantes de dois meses mais recentes para cada empregador e preencha as informações na tabela abaixo:

Nome: _____ Data de Nascimento: _____
Empregador: _____ Data de Admissão: _____
Função/Cargo: _____ Média de horas semanais: _____
Base salarial: \$ _____ por hora

Por favor inclua os comprovantes de dois meses mais recentes para cada empregador e preencha as informações na tabela abaixo:

Nome: _____ Data de Nascimento: _____
Empregador: _____ Data de Admissão: _____
Função/Cargo: _____ Média de horas semanais: _____
Base salarial: \$ _____ por hora

Por favor inclua os comprovantes de dois meses mais recentes para cada empregador e preencha as informações na tabela abaixo:

Nome: _____ Data de Nascimento: _____
Empregador: _____ Data de Admissão: _____
Função/Cargo: _____ Média de horas semanais: _____
Base salarial: \$ _____ por hora

Por favor inclua os comprovantes de dois meses mais recentes para cada empregador e preencha as informações na tabela abaixo:

Nome: _____ Data de Nascimento: _____
Empregador: _____ Data de Admissão: _____
Função/Cargo: _____ Média de horas semanais: _____
Base salarial: \$ _____ por hora

Por favor inclua os comprovantes de dois meses mais recentes para cada empregador e preencha as informações na tabela abaixo:

Authorization to Use or Disclose Protected Health Information

Patient Information:

Print Patient Full Name

Previous Name if applicable

Street Address

Date of Birth

City, State Zip Code

Daytime Phone #

Request Medical Records from:

Doctor/Hospital	Phone #	Fax #
Street Address	City	State Zip Code

Information to be released: Please check all that apply:

_____ Last 3 years or most recent to include: Chart Summary, Immunizations, Progress notes, Imaging, Labs, Hospital Reports, Consultation notes, Pathology, GYN records, Colonoscopy, Cardiac Reports, PSA, Pap and Mammogram if more than 3 years old

_____ Only some portion of the record (please specify what is to be released) _____

Reason for release of records:

_____ Permanent Transfer _____ Insurance Change _____ Other (specify) _____

This authorization is valid for one year from date of signature and may be revoked by writing to the Organization listed above. My record may contain sensitive information (Alcohol and or drug use, STD, Behavioral Health) and I agree to this release. I have the right to receive a copy of this authorization. Records released pursuant to this authorization may be re-released and no longer protected by Federal Privacy Laws. Consent for release of information is not required as a condition of treatment.

This information has been disclosed to you from your records protected by Federal confidentiality rules (42 CFR part 2). The Federal rules prohibit you from making any further disclosure of this information unless further disclosure is expressly permitted by the written consent of the person to who it pertains or otherwise permitted by 42 CFR part 2. A general authorization for the release of medical or other information is not sufficient for this purpose. The Federal rules restrict any use of the information to criminally investigate or prosecute any alcohol or drug abuse patient.

Please print name of Patient or Authorized Representative

Relationship if not Patient

Signature of Patient/Authorized Representative

Date:

TO BE COMPLETED BY LAMPREY HEALTH CARE STAFF - Send Records to (check one)

_____ Lamprey Health Care 22 Prospect Street Attn: Medical Records Nashua, NH 03060 P: (603) 883-1626 option #5 F: (603) 881-9914	_____ Lamprey Health Care 128 Route 27 Attn: Medical Records Raymond, NH 03077 P: (603) 895-3351 option #6 F: (603) 895-0773	_____ Lamprey Health Care 207 S. Main Street Attn: Medical Records Newmarket, NH 03857 P: (603) 659-3106 option #5 F: (603) 659-8003
--	---	---

LAMPREY HEALTH CARE

Where Excellence and Caring go Hand in Hand

Authorization for Designation of Personal Representative

Patient Name: _____ DOB: _____

I hereby designate the following Personal Representative to assist me in exercising my health information rights under the Federal Privacy Rule (45 CFR 164.502 (g), as indicated below.

This designation does not expire but may be cancelled by contacting the LHC Medical Record Department.

My designated Personal Representative is:

Name: _____

Address: _____

Phone #: _____ Relationship to patient: _____

I request that my Personal Representative be allowed to assist me in exercising the following rights related to my protected health information:

Draw a line through those items that do not apply.

My Personal Representative may discuss my care with my provider or other health care staff as applicable

My Personal Representative may schedule appointments

My Personal Representative may discuss and receive billing information

Other _____

In addition, I authorize Lamprey Health Care to release/discuss with my Personal Representative information relating to the following:

Draw a line through those items that do not apply.

- Acquired Immunodeficiency Virus HIV Infection
- Psychiatric Care
- Genetic Testing
- Treatment for alcohol and/or substance abuse

Signature of Patient or Legal Guardian/Parent

Date

Print name of Patient or Legal Guardian/Parent

Relationship to Patient

LAMPREY HEALTH CARE

Learning Assessment Questionnaire

DATE: _____

NAME: _____

D.O.B.: _____

Please check all that apply.

Question #1 - When we share information with you, what is your preference for learning?

Written-pamphlets, booklets, handouts

One-on-One Discussions

Hands On Practice & Demonstration

Videos

Audio Tapes

Verbal explanations

Class

Other

Additional Comments:

Question # 2 - Who else would you like to include in the education?

Sibling

Spouse/partner

Friend

Child

No One

Other

Additional Comments:

Question # 3 - What things might affect you or your family's ability to learn?

None

Learning problems

Emotional barriers

Language

Physical problems

Financial issues

Reading ability (literacy)

Hearing impairment

Disinterest

Religious or cultural beliefs

Vision impairment

Other

Additional Comments:
