

**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 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 Comunicação Sociais
- Notícias
- 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-	\$12,880	\$12,880.01	\$17,388.00	\$17,388.01	\$23,828.00	\$23,828.01	\$25,760.00	\$25,760.01
2	\$0-	\$17,420	\$17,420.01	\$23,517.00	\$23,517.01	\$32,227.00	\$32,227.01	\$34,840.00	\$34,840.01
3	\$0-	\$21,960	\$21,960.01	\$29,646.00	\$29,646.01	\$40,626.00	\$40,626.01	\$43,920.00	\$43,920.01
4	\$0-	\$26,500	\$26,500.01	\$35,775.00	\$35,775.01	\$49,025.00	\$49,025.01	\$53,000.00	\$53,000.01
5	\$0-	\$31,040	\$31,040.01	\$41,904.00	\$41,904.01	\$57,424.00	\$57,424.01	\$62,080.00	\$62,080.01
6	\$0-	\$35,580	\$35,580.01	\$48,033.00	\$48,033.01	\$65,823.00	\$65,823.01	\$71,160.00	\$71,160.01
7	\$0-	\$40,120	\$40,120.01	\$54,162.00	\$54,162.01	\$74,222.00	\$74,222.01	\$80,240.00	\$80,240.01
8	\$0-	\$44,660	\$44,660.01	\$60,291.00	\$60,291.01	\$82,621.00	\$82,621.01	\$89,320.00	\$89,320.01

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

