

## Formulário Demográfico do Paciente

(Essas informações são sobre o paciente que será atendido)

Sobrenome: \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_ Inicial do 2do Nome: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_

Nome do Pai/Responsável Legal: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ Apto./Andar: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Estado Civil:  Solteiro/a  Casado/a  União Estável  Divorciado/a  Viúvo/a  Outro: \_\_\_\_\_

Celular: \_\_\_\_\_ Telefone Alternativo: \_\_\_\_\_

Contato de Emergência: \_\_\_\_\_ Telefone de Emergência: \_\_\_\_\_

Médico de cuidados primários (se for fora da Charter Oak): \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

Idioma preferido:  Inglês  Espanhol  Português  Outro: \_\_\_\_\_

**Sexo atribuído ao nascer ou registrado na certidão de nascimento:**

- Masculino  
 Femenino

**Status de Veterano:**

- Não sou veterano  
 Sou veterano

**Etnia:**

- Hispânico/Latino: (Marque todos que se aplicam)  
 Cubano  
 Porto-riquenho  
 Mexicano, Mexicano-Americano ou Chicano  
 Outro: \_\_\_\_\_

- Não Hispânico/Latino  
 Prefiro não especificar  
 Outro: \_\_\_\_\_

**Você é um trabalhador migrante ou sazonal?**

- Sim  Não  
Se sim:  
 Trabalhador Migrante/Sazonal  
 Trabalhador Sazonal

**Raça:**

- Negro/Afro-americano  
 Asiático: (Marque todos que se aplicam)  
 Indiano  
 Chinês  
 Filipino  
 Japonês  
 Coreano  
 Vietnamita  
 Outro Asiático  
 Branco  
 Nativo Americano/Nativo do Alasca  
 Nativo do Havaí  
 Outras Ilhas do Pacífico  
 Mais de uma raça  
 Prefiro não especificar  
 Outro: \_\_\_\_\_

### **Informações Financeiras/Seguro de Saúde**

Tenho plano de saúde. Favor adicionar as informações abaixo.

Nome do Plano de Saúde Primário: \_\_\_\_\_ Número da Apólice/Grupo: \_\_\_\_\_

Nome do Titular: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento do Titular: \_\_\_\_\_

Relação com o Titular: \_\_\_\_\_

Plano de Saúde Secundário: \_\_\_\_\_ Número da Apólice/Grupo: \_\_\_\_\_

Nome do Titular: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento do Titular: \_\_\_\_\_

Relação com o Titular: \_\_\_\_\_

Qual é a sua renda familiar? \$ \_\_\_\_\_  
 Semanal  Quinzenal  Mensal  Anual  
 Sem renda  Prefiro não especificar

Quantas pessoas moram na sua casa? \_\_\_\_\_ (incluindo cônjuge e todos os filhos menores de 18)

**Serviços de Elegibilidade:** Nosso departamento de serviços de elegibilidade pode ajudar a determinar sua elegibilidade para um plano de saúde ou nosso Programa de Descontos por Renda, se você não tiver plano. Caso deseje mais informações, fale com um dos nossos colaboradores.

**Situação de Moradia (marque apenas uma opção):**

- Vivo na rua  
 Vivo em abrigo  
 Moradia temporária  
 Moro com parentes/amigos (Dividindo moradia)  
 Moradia de apoio permanente  
 Outro: \_\_\_\_\_

**Você tem alguma deficiência ou limitação que devemos considerar para melhor atendê-lo?**

- Sim  Não

**Se sim:**

- Audição  
 Visão  
 Mobilidade  
 Outros: \_\_\_\_\_

**Toma de Decisões Voluntárias e Involuntárias**

**Você tem testamento?**  Sim  Não

**Alguém está autorizado (voluntária ou involuntariamente) a tomar decisões médicas por você?**

- Sim  Não

**Se sim:**

- Curador  
 Diretiva Médica Antecipada  
 Diretiva Psiquiátrica Antecipada  
 Procuração  
 Representante de Saúde  
 Tutela de Adulto  
 Tutela de Menor  
 Outro: \_\_\_\_\_

**Compartilhamento verbal de Informações de saúde protegidas (PHI) confidencial com outras pessoas:**

O objetivo desta seção é conceder permissão para que a equipe da Charter Oak compartilhe verbalmente informações com os indivíduos envolvidos sob meus cuidados (ou de meu filho). Quaisquer solicitações de liberação de informações por escrito, como todas as informações contidas no meu prontuário médico (ou do meu filho), exigirão que eu preencha e assine um formulário de "Autorização para Liberar Informações de Saúde".

Entendo que posso revogar essa permissão a qualquer momento. Se eu quiser revogar essa permissão, posso solicitar o preenchimento e a assinatura de um novo formulário para restringir futuras comunicações aos indivíduos abaixo.

A Charter Oak pode compartilhar verbalmente informações do paciente sobre meu tratamento ou cuidado atual (ou de meu filho) com os seguintes indivíduos:

Nome	Relacionamento com o paciente	Número de Telefone

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Paciente (Pai/Responsável Legal)

\_\_\_\_\_  
Data

\_\_\_\_\_  
Nome em letra de forma clara

\_\_\_\_\_  
Relação com o Paciente

***Obrigado por escolher o Charter Oak Health Center!***