

LISTA DE VERIFICAÇÃO DOS FORMULÁRIOS PRÉ-CONSULTA

Bem-vindo(a) à Nasson Health Care! Para facilitar o processo de registro e economizar tempo no dia da sua consulta, pedimos que traga ou envie por correio **todos os formulários preenchidos** listados abaixo.

Por favor, envie pelo correio ou traga para: **Nasson Health Care**
15 Oak Street | Springvale, ME 04083

Ao comparecer à sua primeira consulta, por favor, traga todos os frascos de seus medicamentos atuais.

Páginas 2 e 3 FORMULÁRIO DE INSCRIÇÃO
Por favor, preencha completamente e lembre-se de assinar.

Páginas 4 e 5 QUESTIONÁRIO DE HISTÓRICO DE SAÚDE
Por favor, preencha a frente e o verso do formulário.

Página 6 DADOS DOMÉSTICOS
Ao preencher este formulário, a renda deve ser incluída; essas informações são confidenciais e não afetam a determinação da escala de descontos baseada na renda. Este formulário deve ser preenchido completamente para que possamos continuar a atender aos requisitos de nossos financiamentos.

Por favor, leia atentamente os formulários. Se você tiver alguma dúvida, não hesite em nos ligar pelo (207) 490-6900.

Nosso objetivo é superar suas expectativas a cada visita ao nosso escritório. Para oferecer uma experiência eficiente e produtiva aos pacientes, preparamos e revisamos o máximo de informações possível antes da sua chegada.

Obrigado,

Equipe da Nasson

FORMULÁRIO DE INSCRIÇÃO (Preencha em letra de forma)

Data _____ Selecione todos os serviços nos quais você está interessado: ☐ Médico
☐ Odontológico

Preferências de notificação (Marque TODAS as opções que se aplicam)

- ☐ E-mail ☐ Telefonema
☐ Portal ☐ SMS
☐ Correio de voz

INFORMAÇÕES DO PACIENTE

Sobrenome _____ Nome _____ Inicial do nome do meio _____ ☐ Sr. ☐ Jr.
Nome(s) anterior(es) _____
Data de Nascimento ____ / ____ / ____ Número do Seguro Social **do paciente** _____
Endereço _____ Cidade _____ Estado _____ CEP _____
Caixa Postal _____ Cidade _____ Estado _____ CEP _____
Telefone residencial _____ Celular _____ Telefone comercial _____
Endereço de e-mail _____ Nome de solteira da mãe _____
Estado civil (marque uma opção) ☐ Solteiro(a) ☐ Casado(a) ☐ Divorciado(a) ☐ Separado(a) ☐ Viúvo(a) ☐ Em união estável
Nome do empregador atual _____ Telefone do empregador: _____
Endereço do empregador _____

Por favor, preencha (se o paciente for menor de idade, estiver incapacitado e/ou tiver autorizado um terceiro a tomar decisões sobre seus cuidados de saúde)

Responsável Legal/Representante Autorizado _____ ☐ Responsável Legal/Tutor ☐ Pai/Mãe Adotivo(a) ☐ Outro(a) _____
Data de nascimento do pai/responsável legal: ____ / ____ / ____

PLANO DE SAÚDE

☐ Sim ☐ Não Por favor, forneça cópias dos seus cartões de seguro (você também pode enviar cópias (frente e verso) dos seus cartões por mensagem de texto para 207-490-6900)

Tipo de seguro ☐ Maine Care ☐ Medicare A ☐ Medicare B ☐ Commercial ☐ Outro _____

Nome do Titular da Apólice _____ Data de Nascimento do Titular _____

Número do Seguro Social do Titular da Apólice _____ Parentesco com o titular _____

Nome do Plano _____ Número de Identificação da Seguradora _____ Número do Grupo _____

Nome do Plano _____ Número de Identificação da Seguradora _____ Número do Grupo _____

Endereço para envio de sinistros (no verso do cartão do plano)

PLANO ODONTOLÓGICO

Nome do Titular da Apólice _____ Data de Nascimento do Titular _____

Número do Seguro Social do Titular da Apólice _____ Parentesco com o titular _____

Nome do Plano _____ Número de Identificação da Seguradora _____ Número do Grupo _____

Nome do Paciente _____

Data de Nascimento ____ / ____ / ____

FARMÁCIA 1

Nome	Cidade
------	--------

FARMÁCIA 2

Nome	Cidade
------	--------

PESSOAS/FAMILIARES ENVOLVIDOS EM SEUS CUIDADOS

Autorizo o compartilhamento de informações sobre meu tratamento recebido nesta unidade com a(s) pessoa(s) listada(s) abaixo

Nome _____ Parentesco _____ Número de telefone _____

Nome _____ Parentesco _____ Número de telefone _____

CONTATO DE EMERGÊNCIA/PAPEL DE APOIO

Por favor, notifique a pessoa listada abaixo.	Relação com o paciente	Número de telefone residencial	Telefone residencial, celular ou telefone comercial
---	------------------------	--------------------------------	---

CONSENTIMENTO

- Sou pessoalmente responsável por fornecer informações de seguro precisas e atualizadas.
- Autorizo que meus benefícios do seguro sejam pagos diretamente ao médico da Nasson Health Care.
- Autorizo a divulgação de todas as informações necessárias para garantir o pagamento dos benefícios.
- Compreendo que sou financeiramente responsável por qualquer saldo remanescente.
- Concordo que imagens médicas minhas (foto, vídeo e/ou áudio) sejam feitas para uso em meu prontuário e/ou para fins de diagnóstico e tratamento. A recusa em dar o meu consentimento não afetará de forma alguma os cuidados médicos que recebo.
- Entendo que, ao assinar este formulário, estou autorizado a receber todos os serviços prestados pela Nasson Health Care. Esses serviços incluem diagnóstico e tratamento de doenças agudas, serviços de saúde mental e serviços de saúde reprodutiva.

Certifico que as informações acima são verdadeiras e corretas de acordo com meu conhecimento.

Assinatura do Paciente

Data _____

OU, se aplicável:

Nome do responsável legal/ Nome do representante autorizado _____

Endereço _____

Autoridade segundo a legislação estadual (ex.: pai, tutor, procurador para cuidados de saúde) _____

Assinatura _____

Data _____

Documentação do representante autorizado recebida: ☐ Sim ☐ Não

QUESTIONÁRIO DE HISTÓRICO DE SAÚDE

Todas as perguntas contidas neste questionário são estritamente confidenciais e farão parte do seu prontuário médico.

Nome (Sobrenome, Nome,
Inicial do nome do meio):

☐ M ☐ F

Data de nascimento:

Profissional de cuidados primários

Data do último exame físico completo

HISTÓRICO PESSOAL DE SAÚDE

Liste todos os problemas médicos diagnosticados, cirurgias e internações hospitalares.

Você fez o teste de tuberculose (TB) nos últimos 6 meses? ☐ Sim ☐ Não

Em caso afirmativo, o resultado foi positivo ou negativo?

MULHERES: Você está grávida ou tentando engravidar? ☐ Sim ☐ Não

Está amamentando? ☐ Sim ☐ Não

Você está tomando anticoncepcionais orais? ☐ Sim ☐ Não

TABACO	Você usa tabaco?			<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
	<input type="checkbox"/> Cigarros – maços por dia	<input type="checkbox"/> Fumo para marcar - #/dia	<input type="checkbox"/> Cachimbo - #/dia		
	<input type="checkbox"/> Vape – #/dia		<input type="checkbox"/> Número de anos		
Abuso de substâncias	Você tem histórico de abuso de substâncias ou atualmente tem algum problema de dependência (drogas, álcool etc.)? (Drogas, álcool, etc.)			<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Segurança pessoal	Você já foi agredido(a) verbalmente, sexualmente ou fisicamente por alguém?			<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
	Você se sente seguro(a) no seu ambiente atual?			<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não

ALERGIAS: Incluindo acrílico, metal, látex e anestésicos locais.

Indique a fonte:	Reação:

Nome: _____

Data de nascimento: _____

MEDICAMENTOS

Farmácia Preferencial:		
Nome do medicamento:	Dosagem:	Frequência de uso:

PREENCHA ESTA SEÇÃO APENAS SE VOCÊ FOR ATENDIDO POR UM PROFISSIONAL DE SAÚDE MENTAL OU UM DENTISTA

PARA ATENDIMENTO EM SAÚDE MENTAL HISTÓRICO DE SAÚDE MENTAL

Por favor, liste os profissionais de saúde mental que você consultou nos últimos cinco (5) anos.		
Nome do profissional	Por quanto tempo você foi atendido?	Motivo pelo qual você foi atendido

PARA ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO HISTÓRICO ODONTOLÓGICO

Você tem algum problema atualmente? (dor, inchaço, sensibilidade, dente quebrado etc.)		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Se sim, descreva:		
Quando foi sua última visita ao dentista?	Nome do dentista:	
Que tipo de tratamento foi realizado?		

INFORMAÇÕES DOMÉSTICAS E PESSOAIS

As informações contidas em seu prontuário médico são confidenciais e protegidas conforme o "Maine Revised Statutes, Title 22, Section 1711-C". Seu consentimento por escrito será exigido para qualquer divulgação de informações, exceto em caso de ordem judicial.

A Nasson Health Care depende de financiamento federal para disponibilizar seus serviços a todos. Suas respostas a essas perguntas nos ajudam a continuar recebendo esse financiamento. Obrigado.

NOME COMPLETO: _____ DATA DE NASCIMENTO: _____ DATA: _____

NOME(S) ANTERIOR(ES) _____

Você fala inglês? ☐ Sim ☐ Não Se não, qual idioma você fala? _____

Raça : ☐ Nativo americano/Nativo do Alasca ☐ Chinês ☐ Filipino ☐ Guamiano
☐ Negro/Afro-americano ☐ Asiático ☐ Japonês ☐ Chamorro
☐ Nativo havaiano ☐ Indiano asiático ☐ Coreano ☐ Samoano
☐ Branco ☐ Outro asiático ☐ Vietnamita ☐ Mais de uma raça
☐ Raça não informada/Recusou-se a informar

Etnia: ☐ Não hispânico ou latino ☐ Hispânico ou latino ☐ Prefere não especificar
☐ Mexicano(a) ☐ Mexicano-americano(a) ☐ Outro
☐ Chicano(a) ☐ Porto-riquenho(a) ☐ Desconhecido
☐ Cubano(a)

Você é um trabalhador migrante ou trabalhador agrícola sazonal? ☐ Sim ☐ Não

Você é veterano(a)? ☐ Sim ☐ Não

Sexo ao nascer <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	Identidade de gênero <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Transgênero de mulher para homem <input type="checkbox"/> Transgênero de homem para mulher <input type="checkbox"/> Gênero não-binário, nem exclusivamente masculino ou feminino <input type="checkbox"/> Outros _____ <input type="checkbox"/> Opte por não divulgar	Orientação sexual <input type="checkbox"/> Heterossexual – nem lésbica nem gay <input type="checkbox"/> Lésbica ou gay <input type="checkbox"/> Bissexual <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/> Não sei <input type="checkbox"/> Opte por não divulgar	Pronome preferido <input type="checkbox"/> Ele, Dele <input type="checkbox"/> Ela, Dela <input type="checkbox"/> Elu, Delu <input type="checkbox"/> Ze, Hir <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Recusar-se a responder <input type="checkbox"/> Perguntado, mas desconhecido
--	--	---	---

Situação habitacional

Aluguel: ☐ Sim ☐ Não Habitação pública ☐ Sim ☐ Não O aluguel é baseado na renda? ☐ Sim ☐ Não
Casa própria: ☐ Sim ☐ Não
Abrigo para sem-teto: ☐ Sim ☐ Não
Habitação temporária: ☐ Sim ☐ Não
Morando com outras pessoas: ☐ Sim ☐ Não
Outro: _____

Domicílio: Liste as pessoas que moram com você (liste mais pessoas no verso do formulário)

Sobrenome	Nome	Data de Nascimento	Parentesco com você
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Renda familiar confidencial: (Você e seu cônjuge.)
\$ _____ Selecione uma opção: ☐ Semanal ☐ Mensal ☐ Anual