



Informação ao paciente	Sobrenome	Nome	Primeira letra do nome do meio	Data de nascimento: mês/dia/ano	
	Endereço	n. da unidade	Cidade	Estado	ZIP
	Telefone 1 (casa):	Contato principal? <input type="checkbox"/>	Telefone 2 (celular):	Contato principal? <input type="checkbox"/>	Telefone 3 (aluno):
O telefone 1 pode receber mensagens CONFIDENCIAIS: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		O telefone 2 pode receber mensagens CONFIDENCIAIS: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		O telefone 3 pode receber mensagens CONFIDENCIAIS: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
Como pretende receber lembretes e notificações? ~ Texto ~ Mensagem do voz (se for mensagem de voz, selecionar: ~ Casa ~ Celular ~ Trabalho)					

Contato	Contato de emergência 1:	Relação:	Telefone 1: <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabalho
	Nome:		
	Para o contato de emergência 1, o CIFC Health pode: (1) deixar uma mensagem detalhada com eles? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO 2) Informar ou divulgar as suas informações médicas? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO 3) Entrar em contato com esta pessoa em caso de emergência? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		Telefone 2: <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabalho
	Contato de emergência 2:	Relação:	Telefone 1: <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabalho
Nome:			
Para o contato de emergência 2, o CIFC Health pode: (1) deixar uma mensagem detalhada com eles? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO 2) Informar ou divulgar as suas informações médicas? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO 3) Entrar em contato com esta pessoa em caso de emergência? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		Telefone 2: <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabalho	
Você tem seguro de saúde? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		Podemos ajudá-lo a solicitar um? : <input type="checkbox"/> Husky/Medicaid <input type="checkbox"/> Health Insurance Access Health CT – <input type="checkbox"/> Assistência financeira – O nosso programa interno de escala proporcional à renda.	
Que farmácia utiliza?		Quem é o seu médico de cuidados primários?	

Seguro	Seguro principal:	Nome da empresa	Número de ID	Número do grupo
	Informações do tomador de seguro:			
	Sobrenome	Nome	Data de nascimento (mês/dia/ano)	Relação com o paciente
	Endereço	Apt/Andar	Cidade	Estado ZIP
	Seguro Secundário:	Nome da empresa	Número de ID	Número do grupo
	Informações do tomador de seguro:			
Sobrenome	Nome	Data de nascimento (mês/dia/ano)	Relação com o paciente	
Endereço	Apt/Andar	Cidade	Estado ZIP	

*Informações Necessárias	Sexo atribuído no nascimento: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	Orientação sexual: <input type="checkbox"/> Gay/lésbica/homossexual <input type="checkbox"/> Heterossexual <input type="checkbox"/> Bissexual <input type="checkbox"/> Não sei <input type="checkbox"/> Recusar Responder <input type="checkbox"/> Outro: _____	Estado Civil: <input type="checkbox"/> Solteiro(a) <input type="checkbox"/> Separado(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> União civil <input type="checkbox"/> Viúvo(a)	Status empregatício: <input type="checkbox"/> Aposentado(a) <input type="checkbox"/> Empregado(a) - Tempo integral <input type="checkbox"/> Empregado(a) - Tempo parcial <input type="checkbox"/> Autônomo <input type="checkbox"/> Desempregado(a) <input type="checkbox"/> Estudante - Tempo integral <input type="checkbox"/> Estudante - Tempo parcial	Etnia: <u>escolha tudo o que se aplica</u> Latino: <input type="checkbox"/> Sim, que país?: _____ <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Recusar-se a Responder Raça <u>escolha tudo o que se aplica</u> <input type="checkbox"/> Asiático(a): de que país?: _____ <input type="checkbox"/> Nativo havaiano <input type="checkbox"/> Das Ilhas do Pacífico (perto da Ásia) <input type="checkbox"/> Guamês <input type="checkbox"/> Samoano (a) <input type="checkbox"/> Negro/Afro Americano <input type="checkbox"/> Nativo Americano/Alasca <input type="checkbox"/> Branco <input type="checkbox"/> Recusar responder	Outras perguntas: (obrigatórias) Deseja tradutor? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Você é Veterano? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO No momento, você está desabrigado? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
	Identidade de gênero: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Transgênero FTM (Feminino para Masculino) <input type="checkbox"/> Transgênero MTF (Feminino para Masculino) <input type="checkbox"/> Nenhum <input type="checkbox"/> Outros: <input type="checkbox"/> Recusar a resposta	Preferência de idioma: <input type="checkbox"/> English <input type="checkbox"/> Português <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Outro: _____				

Acesso	E-mail:	Este e-mail concede-lhe acesso às suas informações de saúde, incluindo compromissos e notas de visita. Você pode utilizar a sua conta segura num navegador ou na nosso aplicativo móvel criptografado.
	Se NÃO QUIER TER ACESSO às suas informações de saúde desta forma, você pode RECUSAR O SEU ACESSO marcando esta caixa: <input type="checkbox"/>	

Renda	*O CIFC Health recebe subsídios federais que exigem esta informação.	
	Quantas pessoas moram na sua residência? _____ Renda familiar: \$ _____	<input type="checkbox"/> Semanalmente: quantas semanas você trabalha por ano? _____ <input type="checkbox"/> Mensal: Quantos meses você trabalha por ano? _____ <input type="checkbox"/> Anualmente

Assinatura do paciente/guardião legal: _____ Data: _____

Acordo financeiro e atribuição de benefícios:

- Autorizo a apresentação de um pedido de pagamento à Medicare, Medicaid ou qualquer outro ordenante por quaisquer serviços que me sejam prestados ou aos meus filhos com menos de 18 anos de idade, conforme indicado na ficha demográfica, agora, no passado ou no futuro.
- Compreendo e concordo que sou, em última análise, responsável pelo equilíbrio de mim próprio e de todos os meus filhos identificados com menos de 18 anos de idade, tal como consta do balanço demográfico de quaisquer serviços profissionais prestados e, em alguns casos, posso ser responsável por um montante além do que foi pago pelo meu seguro.
- Autorizo o pagamento dos meus benefícios médicos a serem enviados diretamente para o CIFC Health ou para os prestadores individuais de serviços prestados para mim e para todos os filhos com menos de 18 anos de idade identificadas, conforme indicado na ficha demográfica. Se a minha solicitação de seguro for negada por falta de elegibilidade ou rescisão da cobertura, compreendo que me responsabilizarei e tenciono efetuar o pagamento de qualquer saldo devido nesses casos.
- Autorizo o CIFC Health a recorrer de recusas de pagamento ou outras decisões adversas em meu nome sem autorização adicional. Autorizo e oriento qualquer titular de informações médicas ou de outra documentação relevante sobre mim a divulgar essas informações ao CIFC Health e aos seus agentes de faturação, aos Centros de Medicare e Medicaid Services e/ou a quaisquer outros pagadores ou seguradoras, E seus respetivos agentes ou contratantes, conforme seja necessário para determinar esses ou outros benefícios a pagar por quaisquer serviços que me tenham sido prestados pelo CIFC Health, no passado, agora ou no futuro.

Pessoa responsável pelo pagamento: <input type="checkbox"/> Paciente <input type="checkbox"/> Pai ou mãe/Tutor <input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Outros:				
Sobrenome	Nome	Inicial	Telefone	Data de nascimento: (mês/dia/ano)

Endereço Apt/Andar Cidade Estado ZIP				

Assinatura do paciente/guardião legal: _____			Data: _____	

Autorização de tratamento

Autorizo o pessoal do CIFC Health a prestar tratamento médico, dentário e comportamental para a saúde e administração de vacinas. Para emergências em que não posso ser alcançado, autorizo os meus dependentes menores a serem tratados para as condições de emergência.

Assinatura do paciente/guardião legal: _____ **Data:** _____

Registros de saúde

Autorizo a CIFC Health a obter as minhas informações de saúde, incluindo a utilização de entidades de intercâmbio eletrónico de informações de saúde (HIEs), através das quais as minhas informações de saúde podem ser recebidas e/ou compartilhadas eletronicamente com profissionais externos de saúde para efeitos dos cuidados da minha saúde.

Assinatura do paciente/guardião legal: **Data:** _____

Se NÃO desejar participar da Commonwell/Carequality, você pode RECUSAR marcando esta caixa:

O CIFC Health pode obter os meus registros médicos:

- _____
- SIM** - Formulário de autorização anexado.
 - NÃO** - Não pretendo libertar ou não tenho registros médicos prévios para a libertação para o CIFC Health.
- NOTA: Os registros médicos em falta e o histórico de saúde aumentam os riscos das complicações do tratamento por parte dos pacientes.**

Selecione a SBHC na qual o aluno está matriculado:

Grau/Cluster _____

Newtown Middle School P: (203)270-6114 F: (203)270-4644