



Formulário de Informações do Paciente

Por Favor Preencha Claramente

Se necessário, solicite assistência no preenchimento deste formulário.

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

Nome preferido: _____

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: _____

O autorizo Lamprey Health Care para comunicarse comigo mediante correio electrónico. ☐ Sim ☐ Não

Gênero atribuído no nascimento: ☐ Feminino ☐ Masculino

Estado Civil: ☐ Solteiro ☐ Casado ☐ Separado ☐ Divorciado ☐ Viúva ☐ Parceiro

Situação de emprego: ☐ Tempo Integral ☐ Parcial ☐ Desempregado ☐ Aposentado (Data) _____
Nome do Empregador: _____

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 com o paciente: _____
Mês / Dia / Ano

Endereço (se for diferente do paciente): _____

Pais ou o nome do Guardião #2: _____

Data de nascimento: _____ Relação com o paciente: _____
Mês / Dia / Ano

Endereço (se for diferente do paciente): _____

Informações do seguro de saúde

Por favor providencie seu cartão(ões) para que possamos fazer uma cópia

Nome do Portador da apólice: _____ Data de nascimento: _____

Nome do seguro: _____ ID # _____

Relação com o paciente: _____

Quem o seu seguro lista como sendo seu Medico de Atenção Básica: _____

Se você não tiver seguro, estiver preocupado que sua cobertura possa não ser suficiente ou estiver preocupado em como pagar por co-pagamentos/serviços, peça para falar com alguém sobre nossos programas de 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 envolvidos 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 efetuados para meus cuidados e tratamento para qualquer contribuinte de terceiros aplicáveis e seus parceiros de negócios. Também autorizo tais terceiros contribuintes para fazer pagamentos diretos 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 e operações de saúde, quando necessário para meu tratamento, pagamento das minhas contas, ou as 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. Eu entendo que quaisquer divulgações dessas informações de saúde podem ser usadas ou divulgadas novamente pelo destinatário nos registros e portanto não será mais protegida por leis federais de privacidade, como 42 CF2 parte 2. Eu entendo que minha recusa em consentir que meu registro seja divulgado para fins de pagamento pode resultar na recusa de serviços de saúde da Lamprey Health Care em me tratar.

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 EXCETO NOS CASOS EM QUE A LAMPREY HEALTH CARE OU QUALQUER OUTRO DESTINATÁRIO DAS INFORMAÇÕES DIVULGADAS JÁ TENHA PORVENTURA AGIDO COM BASE NAS MESMAS.

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 futuras concessões de financiamento. **Toda a informação fornecida é confidencial.**

Obrigado por sua cooperação.

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

Etnia

Asiático Indiano	Outro ilhéu do Pacífico
Chinês	Guamês ou Chamorro
Filipino	Samoano
Japonês	Negro / Afro-americano
Coreano	Índio Americano/Nativo do Alasca
Vietnamita	Branco
Outros asiáticos	Mais de uma raça
Nativo havaiano	Prefere não informar

No hispano, latino, español
Mejicano
Puertoriqueno
Cubano
Otro origen hispano, latino, español.
Otro origen hispano, latino y español combinado

Orientação sexual

Qual é a sua orientação sexual?

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

Pronome preferido

Ela/Dela
Ela/Deles
Ele/Dele
Ele/Deles
Eles/Eles
Otro

Comunicando-se com Você

Sim Não

O seu primeiro idioma é o inglês?
Se Não, qual a sua primeira língua?
Você necessita de interprete?
Você é Deficiente Auditivo?
Você precisa de interprete para
língua de sinais?

Você é(marque o que lhe aplica)

Estudante Tempo Integral
Veterano
Trabalhador sazonal
Estudante Parcial
Trabalhador migrante

Identidade de gênero

Qual é a sua identidade?

Masculino
Feminino
Transgender masculino para feminino
Transgender Feminino para masculino
Genderqueer
Categoria de gênero adicional ou outro
Prefere não divulgar

Como Você ouviu a nosso respeito?

Parente/Amigo
Hospital/Outro Provedor
Internet/Meios de Comunicação Sociais
Evento Comunitario
Agencia de Servicio Social
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 família	Apartir de-para	A partir de	Para	A partir de	Para	A partir de	Para	Acima
1	\$0- \$15,650	\$15,650.01	\$21,127.50	\$21,127.51	\$28,952.50	\$28,952.51	\$31,300	\$31,300
2	\$0- \$21,150	\$21,150.01	\$28,552.50	\$28,552.51	\$39,127.50	\$39,127.51	\$42,300	\$42,300
3	\$0- \$26,650	\$26,650.01	\$35,977.50	\$35,977.51	\$49,302.50	\$49,302.51	\$53,300	\$53,300
4	\$0- \$32,150	\$32,150.01	\$43,402.50	\$43,402.51	\$59,477.50	\$59,477.51	\$64,300	\$64,300
5	\$0- \$37,650	\$37,650.01	\$50,827.50	\$50,827.51	\$69,652.50	\$69,652.51	\$75,300	\$75,300
6	\$0- \$43,150	\$43,150.01	\$58,252.50	\$58,252.51	\$79,827.50	\$79,827.51	\$86,300	\$86,300
7	\$0- \$48,650	\$48,650.01	\$65,677.50	\$65,677.51	\$90,002.50	\$90,002.51	\$97,300	\$97,300
8+	\$0- \$54,150	\$54,150.01	\$73,102.50	\$73,102.51	\$100,177.50	\$100,177.51	\$108,300	\$108,300

☐

SIGA-NOS

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

Diretrizes de desconto da Lamprey Health Care 02/01/2024

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.

