



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: _____ (Apenas para o portal/informações de saúde, a menos que outras opções sejam marcadas abaixo)

Sim, enviem-me os boletins informativos e e-mails de marketing da. Sim, notifiquem-me sobre oportunidades de arrecadação de fundos.

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: _____ Número da apólice: _____

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.

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 DESTINÁRIO DAS INFORMAÇÕES DIVULGADAS JÁ TENHA PORVENTURA AGIDO COM BASE NAS MESMAS.

Assinado:

(Paciente ou Representante Autorizado)

Data:

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:

(Paciente ou Representante Autorizado)

Data:

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.

- | | |
|------------------|----------------------------------|
| 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 |

Etnia

- 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

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

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 linguagem de sinais?

Você é ... (marque o que lhe aplica)

- Estudante Tempo Integral
- Veterano
- Trabalhador sazonal
- Estudante Parcial
- Trabalhador migrante

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
<input type="text"/> 1	\$0- \$ 15,960	\$ 15,960.01	\$ 21,546.00	\$ 21,546.01	\$ 29,526.00	\$ 29,526.01	\$ 31,920.00	\$ 31,920.00
<input type="text"/> 2	\$0- \$ 21,640	\$ 21,640.01	\$ 29,214.00	\$ 29,214.01	\$ 40,034.00	\$ 40,034.01	\$ 43,280.00	\$ 43,280.00
<input type="text"/> 3	\$0- \$ 27,320	\$ 27,320.01	\$ 36,882.00	\$ 36,882.01	\$ 50,542.00	\$ 50,542.01	\$ 54,640.00	\$ 54,640.00
<input type="text"/> 4	\$0- \$ 33,000	\$ 33,000.01	\$ 44,550.00	\$ 44,550.01	\$ 61,050.00	\$ 61,050.01	\$ 66,000.00	\$ 66,000.00
<input type="text"/> 5	\$0- \$ 38,680	\$ 38,680.01	\$ 52,218.00	\$ 52,218.01	\$ 71,558.00	\$ 71,558.01	\$ 77,360.00	\$ 77,360.00
<input type="text"/> 6	\$0- \$ 44,360	\$ 44,360.01	\$ 59,886.00	\$ 59,886.01	\$ 82,066.00	\$ 82,066.01	\$ 88,720.00	\$ 88,720.00
<input type="text"/> 7	\$0- \$ 50,040	\$ 50,040.01	\$ 67,554.00	\$ 67,554.01	\$ 92,574.00	\$ 92,574.01	\$100,080.00	\$100,080.00
<input type="text"/> 8+	\$0- \$ 55,720	\$ 55,720.01	\$ 75,222.00	\$ 75,222.01	\$ 103,082.00	\$103,082.01	\$111,440.00	\$111,440.00

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

SIGA-NOS

Diretrizes de desconto da Lamprey Health Care 02/01/2026

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.



DIREITOS E RESPONSABILIDADES DO PACIENTE

ACESSO Você tem o direito de acesso igualitário aos cuidados médicos primários independente de sua raça, cor, sexo, nacionalidade, deficiência, religião, identidade, orientação sexual. Identidade de gênero ou capacidade de pagamento. Você tem acesso garantido com 24-horas de antecedência para cancelar; caso contrário, será considerado um não comparecimento. Caso isso ocorra três vezes dentro de um ano, poderemos solicitar que, em vez de agendar consultas com antecedência, você ligue para um dia que esteja disponível para consulta, e nós informaremos sobre a opção disponível naquele dia

PRIVACIDADE E SIGILO Você tem o direito à privacidade e sigilo exceto em casos de suspeita de abuso e ameaça à saúde pública quando a divulgação é permitida ou exigida pela lei. Você tem o direito de aceitar ou recusar a divulgação de seus dados médicos a qualquer pessoa exceto quando exigido pela lei ou por contrato com terceiros. Seu consentimento por escrito deve ser obtido antes de qualquer informação ser divulgada a qualquer parte fora do Lamprey Health Care.

INFORMAÇÃO Você será informado sobre seu estado de saúde e plano de tratamento. Você tem o direito de ver e examinar seus dados médicos a não ser em caso de contraindicação médica. Você é, em retorno, responsável por fornecer informações completas, corretas e pertinentes sobre sua saúde, estilo de vida e/ou doença atual.

CONSENTIMENTO Exceto em casos de emergência, quando você estiver incapacitado de tomar decisões e a necessidade de tratamento for urgente, você terá a oportunidade de discutir e solicitar informações relacionadas a procedimentos específicos e/ou tratamentos, os riscos envolvidos, o possível período de recuperação, as alternativas médicas razoáveis e os riscos e benefícios associados a cada alternativa.

SEGURANÇA Você tem o direito de esperar que o consultório e o ambiente do Lamprey Health Care sejam seguros. Você tem a responsabilidade de cuidar dos seus bens pessoais durante sua visita.

RESPEITO E DIGNIDADE Você será tratado com consideração, respeito e reconhecimento completo de sua dignidade, individualidade e necessidades religiosas e culturais, que incluem privacidade no tratamento e nos cuidados das suas necessidades pessoais. Nenhuma pessoa será discriminada por raça, cor, religião, sexo, orientação sexual, idade, nacionalidade ou condição financeira. Por sua vez, você tem a responsabilidade

de mostrar igual respeito por nossos funcionários e ser gentil em suas comunicações, ser pontual ou nos informar quando não puder comparecer a uma consulta.

ENVOLVIMENTO NOS CUIDADOS Você tem o direito de participar do desenvolvimento do seu plano de tratamento. Você tem o direito de obter informações completas e corretas sobre seu diagnóstico, tratamento e prognóstico de acordo com o conhecimento dos prestadores de serviços de saúde envolvidos no seu tratamento.

COMENTÁRIOS E DÚVIDAS Nós te incentivamos a comunicar qualquer dúvida, reclamação ou comentário sobre qualquer aspecto da sua experiência no nosso centro. Isso pode ser feito pessoalmente, pelo telefone ou por escrito - informações abaixo. Nós asseguramos que cada dúvida, reclamação ou comentário será revisado pelo funcionário apropriado e terá a resposta oportuna quando da resolução do problema.

FATURAMENTO Se você estiver qualificado a participar programa de escala degressiva de taxas do Lamprey Health Care, que oferece descontos para pacientes a ou abaixo dos 200% das Diretrizes Federais da Pobreza, você tem o direito de solicitar e receber uma estimativa das cobranças por consultas e serviços planejados e uma estimativa da sua responsabilidade financeira por cada consulta. Você tem a responsabilidade de fazer co-pagamentos e pagar taxas nominais no momento da sua consulta.

QUESTÕES ÉTICAS ENVOLVENDO CUIDADOS

Quando conflitos aparecerem durante a tomada de decisões sobre seu tratamento, você, sua família e companheiro(a) tem o direito de participar de uma consultoria ética com as partes relevantes, incluindo cuidadores, médicos e outros.

INSTRUÇÕES ANTECIPADAS Você tem o direito de fazer, revisar e modificar suas Instruções Antecipadas (Testamento em Vida e Procuração Permanente para Cuidados Médicos) para tratamento médico a qualquer momento. Você tem o direito de esperar que o Lamprey Health Care honre a intenção das suas instruções de acordo com o permitido pela lei e pelas políticas do Lamprey Health Care.

PESQUISA Quando atividades de pesquisa forem aprovadas pelo Conselho de Administração, você tem o direito de consentir ou recusar sua participação em qualquer estudo proposto. Se você escolher considerar sua participação, o estudo será completamente explicado para você antes de você assinar o formulário de consentimento.