

Thundermist!

CENTRO DE SAÚDE DE

Bem-vindo(a) a Thundermist! Muito obrigado por escolher o Centro de Saúde de Thundermist como a sua casa de saúde. Antes da sua consulta, agradecemos que preencha todos os campos destacados no novo pacote de pacientes e no formulário de divulgação de registos médicos. Quaisquer partes incompletas no formulário, terão de ser devidamente preenchidas novamente. Aguardamos com expectativa a oportunidade de nos encontrarmos consigo.

Pode devolver documentos por:

Correio: 25 John A. Cummings Way, Attn: Document Management,
Woonsocket, RI 02895

Fax: 401-235-6896 À Atenção: Gestão de Documentos

E-mail: MedicalRecords@ThundermistHealth.org

Se tiver qualquer dúvida, por favor, contacte-nos por e-mail,

MedicalRecords@ThundermistHealth.org

Teremos todos o prazer de o(a) ajudar.

Centro de Saúde de Thundermist
Consentimento Informado para TeleVisit (Televisita)

Terei uma TeleVisit (Televisita) para avaliar e tratar o meu estado de saúde. O tratamento poderá ser limitado porque não estou na mesma sala que o meu prestador de cuidados de saúde.

Durante a minha TeleVisit (Televisita), eu compreendo:

- A. A TeleVisit (Televisita) é feita através de uma ligação de vídeo bidirecional segura. O prestador de cuidados de saúde do Centro de Saúde de Thundermist irá ver-me no ecrã e ouvir a minha voz.
 - B. Pode realizar-se um exame físico.
 - C. Outros membros da minha equipa de cuidados de saúde podem estar presentes durante a minha visita.
 - D. Podem ser tiradas fotografias de mim, durante a TeleVisit (Televisita).
1. Posso fazer questões sobre a tecnologia TeleVisit (Televisita).
 2. Posso pedir que a TeleVisit (Televisita) seja interrompida a qualquer momento.
 3. Sei que há riscos potenciais com a utilização desta tecnologia. Estes riscos, incluem mas não apenas a:
 - Interrupção da ligação áudio/vídeo
 - Desconexão da ligação áudio/vídeo
 - Um áudio e/ou vídeo que não seja suficientemente claro/nítido para satisfazer as necessidades da visita

Se algum destes riscos ocorrer, a visita poderá ter de ser interrompida.

Ao assinar este consentimento, compreendo e concordo em cumprir com o seu conteúdo. Sou voluntário(a) para participar na TeleVisit (Televisita). Autorizo o Centro de Saúde de Thundermist e os seus prestadores de cuidados de saúde, clínicos e não clínicos da equipa envolvidos a avaliar e tratar o meu estado de saúde atual. Afirmo também que sou o(a) indivíduo que me represento(a) a mim próprio(a).

Nome do(a) Paciente

Data de Nascimento do(a) Paciente

Assinatura do(a) Paciente

Data

Divulgação de Informação médica

Como é que posso obter uma cópia dos meus registos médicos?

- Por favor, preencha o formulário de divulgação de informação médica. Deve preencher o formulário completamente.
 - Informação importante ao preencher o formulário:
 - o **Obtenção de Registos** - Está a solicitar a outro prestador de cuidados de saúde, que envie os registos para Thundermist
 - o **Divulgação de Registos** - Está a solicitar a Thundermist que envie os registos para uma instalação externa, um provedor de saúde, ou hospital. Deve também seleccionar esta opção se desejar uma cópia dos registos de Thundermist para si.
 - Introduza a informação da pessoa/instalação/estabelecimento para quem Thundermist deve contactar relativamente aos registos. (Deve incluir as informações de contacto corretas para permitir um processamento mais rápido)
 - Escolha a opção correta para recolher ou enviar os registos por e-mail.
 - Por favor, rubricar qual a informação sensível específica que gostaria de divulgar, caso exista no registo.
 - Recomendamos apenas o lançamento dos últimos dois anos de registos. Se forem necessárias mais informações, o seu fornecedor de cuidados de saúde irá pedir para solicitar registos adicionais.
 - **SE O FORMULÁRIO NÃO ESTIVER ASSINADO OU DATADO, É INVÁLIDO E NÃO SERÁ PROCESSADO.**
 - **Deve preencher um formulário para cada estabelecimento/instalação/fornecedor.**
-

Tem questões sobre como preencher este formulário?

A nossa equipa de Registos Médicos está aqui para o(a) ajudar com qualquer questão. Pode ligar para nós, através do seguinte número 401-767-4100, opção 6.

O nosso horário de funcionamento é das 8h00 às 16h30, de segunda a sexta-feira.

Sabia que o portal do paciente pode ajudá-lo(a) a obter as suas informações médicas mais rapidamente?

Se não tiver uma conta no Portal do Paciente, pode fazer um pedido diretamente através de Medicalrecords@thundermisthealth.org ou ligue para nós através do seguinte número 401-767-4100, opção 6

Como enviar o formulário de volta para Thundermist?

Por favor, utilize o seu método de comunicação preferido. Pode devolver o formulário via e-mail para Medicalrecords@thundermisthealth.org, por fax para 401-235-6896 ou por correio para a seguinte morada: Medical Records Department, 25 John A. Cummings Way, Woonsocket, RI 02895*

*(Se optar por enviar o formulário por e-mail utilizando o nosso endereço de e-mail listado acima, certifique-se de que fornece uma **foto ou imagem clara**. Se o formulário não for legível, não poderemos processar o seu pedido).*

AUTORIZAÇÃO PARA OBTER/ACEDER A REGISTOS MÉDICOS E INFORMAÇÃO SOBRE CUIDADOS DE SAÚDE

1. INFORMAÇÃO DO PACIENTE: Por favor, forneça-nos a sua informação ou a informação do seu filho/da sua filha. Uma pessoa por formulário.

Nome do Paciente _____ Número de Telefone/Telemóvel _____ Data de Nascimento _____
 Morada: _____ Cidade: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Autorizo por este meio: Centro de Saúde Thundermist

**25 John A. Cummings way, Woonsocket, RI 02895 ATTN: Departamento de Registos Médicos
 Telefone# 401-767-4100 Fax# 401-235-6896**

2. Se marcar abaixo em OBTER, o que significa que estamos a OBTER os seus registos de outro médico OU se marcar abaixo em PERMITIR se permitir que o Thundermist possa ENVIAR os seus registos Thundermist a um médico/pessoa externa. Uma vez marcado, preencha a informação para assim ser possível, obter ou a divulgar a respetiva informação.

ESCOLHA UM:

- Para OBTER-Obtenha registos de uma instalação externa
 Para PERMITIR-Enviar registos a uma pessoa externa ou a si próprio

<input type="checkbox"/> Verifique AQUI se gostaria que divulgássemos o seu registo médico INTEIRO.	OU	Permitir APENAS estes tipos de registos (verificar todos os que se aplicam): <input type="checkbox"/> Médicos (inclui visitas de cuidados primários e visitas de Cuidados Convenientes) <input type="checkbox"/> Dentário <input type="checkbox"/> Tratamento de Saúde Mental <input type="checkbox"/> Uso e/ou Tratamento de Álcool/Drogas <input type="checkbox"/> Testes, Diagnóstico e/ou Tratamento do VIH/SIDA <input type="checkbox"/> Testes, Diagnóstico e/ou Tratamento de Infecções Sexualmente Transmissíveis <input type="checkbox"/> Informação e/ou Cuidados Transgénero	Especificar as datas de tratamento dos registos a serem divulgados: Indique as datas de serviço que gostaria que obtivéssemos ou permitíssemos. (Nos últimos 2 anos é o que a maioria dos fornecedores procura, se forem necessárias mais informações, podemos sempre pedir datas adicionais de serviço. <input type="checkbox"/> Último Mês <input type="checkbox"/> Últimos Seis Meses <input type="checkbox"/> O Ano Passado <input type="checkbox"/> Últimos Dois Anos <input type="checkbox"/> TODOS <input type="checkbox"/> Outro (indicar as datas) _____
-----------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

3. Diga-nos a quem devemos obter os seus registos OU para quem quer que enviemos os seus registos:

Nome: _____ Telefone #: (____) _____ FAX #: (____) _____
 Morada: _____ Cidade: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

****Completar apenas esta seção se solicitar uma cópia dos seus registos médicos para si****

Gostaria de: (selecionar uma opção) *Ter uma Cópia em Papel *Cópia eletrónica enviada por correio eletrónico para mim

Por favor, aguarde até 30 dias para processar. Se precisar dos seus registos mais cedo, ou se preferir um formato eletrónico alternativo, por favor peça. Ao fornecer o seu endereço de correio eletrónico, está a consentir que o seu registo lhe seja enviado por correio eletrónico e compreende que o correio eletrónico não encriptado pode não proteger a privacidade das suas informações de saúde.

Endereço de correio eletrónico: _____

***Taxas para os Registos:** Pode ser-lhe cobrada uma taxa nominal de acordo com a lei estatal para o processamento do seu registo médico. Esta taxa não excederá os \$25.00.

4. PROPÓSITO-Diga-nos para que serve este pedido de registo: (marcar uma)

- Uso pessoal Assunto legal Seguros Tratamento por um(a) Especialista
 Transferência dos meus cuidados devido a: Mudança Outro(s) ou Insatisfação com o serviço prestado (por favor, explique): _____

5. ASSINAR A DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO ABAIXO:

Entendo que posso revogar a minha autorização por escrito em qualquer altura, notificando o Centro de Saúde de Thundermist. Entendo que qualquer informação anterior previamente divulgada não estaria sujeita a este pedido de revogação. Entendo que os meus registos são processados ao abrigo do Regulamento Federal de Confidencialidade de Tratamento de Abuso de Álcool e Drogas (42 CFR, Parte 2) e/ou as Leis Gerais do Estado de Rhode Island e não pode ser divulgado sem a minha autorização por escrito, salvo disposição específica em contrário da lei. Entendo que qualquer revelação de informação traz consigo o potencial para a sua nova revelação pelo destinatário e que a informação não pode então ser protegida pela Regra Federal de Privacidade. Por conseguinte, liberto o Centro de Saúde de Thundermist, os seus funcionários e os meus médicos de toda a responsabilidade decorrente desta revelação das minhas informações de saúde. Entendo que posso recusar assinar esta autorização e que a minha recusa em assinar não afetará a minha capacidade de obter tratamento, pagamento, inscrição no plano de saúde, ou elegibilidade para benefícios. Li, e compreendi a declaração acima e autorizo voluntariamente a divulgação de informações como indicado neste formulário.

A menos que seja revogada por escrito pelo paciente, esta autorização expirará quando o paciente já não for paciente.

Assinatura do Paciente/Representante Legal

Relação do Representante Legal com do Paciente

Data

**Formulário de Recepção de Funcionários
 (Nome Impresso)**

Telefone Ext.

Data

*****APENAS PARA USO ADMINISTRATIVO*****

Obter o pedido enviado: _____ Iniciais _____

Registos lançados em: _____ Iniciais _____

Formulário de Registo do Paciente

Nome: Último: _____ Primeiro: _____ Meio: _____ Nome preferido: _____			
Endereço de rua: _____		Cidade: _____ Estado: _____ ZIP: _____	
Endereço de correio (se diferente) Rua: _____		Cidade: _____ Estado: _____ Zip: _____	
Telefone doméstico: (____) _____	Data de nascimento: _____ Mês/Dia/Ano	Pronomes: ela/sua, ele/lo, que/los, que/O que, outros _____	Segurança Social#: _____ / /
Telemóvel: (____) _____	_____ / _____ / _____		
Telefone de trabalho: (____) _____			
Tem seguro médico/dentário? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
Se alguém além do paciente for responsável pela conta, por favor preencha as seguintes informações:			
Nome: Último: _____ Primeiro: _____ Inicial do Meio: _____		Data de Nascimento: _____ / _____ / _____	
Endereço: _____		Cidade: _____ Estado: _____ Zip: _____	
Telefone doméstico: / _____ / _____	Telemóvel: / _____ / _____	Telefone de trabalho: / _____ / _____	
Nome do empregador: _____		Endereço: _____ Telefone: _____	
Estado civil: <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Enviuvada <input type="checkbox"/> Parceiro <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Separados		Estatuto do Emprego: (Verifique tudo o que se aplica) <input type="checkbox"/> Empregado a tempo inteiro <input type="checkbox"/> Empregado a tempo parcial <input type="checkbox"/> Retired <input type="checkbox"/> Unemployed <input type="checkbox"/> Estudante a tempo inteiro <input type="checkbox"/> Estudante em part-time <input type="checkbox"/> outros _____	
Empregador do Paciente: _____		Endereço: _____ Telefone: _____	
Contacto de Emergência: Nome: _____ Endereço: _____			
Número de telefone(s): _____		Relação com o Paciente: _____	
Qual é o seu rendimento familiar? \$ _____ <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> B-Semanal <input type="checkbox"/> Mensal <input type="checkbox"/> Sem Rendimento			
Quantas pessoas (incluindo você) este rendimento apoia? _____			
Endereço de e-mail: _____			
Como descreveria a sua raça (verifique tudo o que se aplica)? <input type="checkbox"/> Afro-americano (Preto) <input type="checkbox"/> Caucasiano <input type="checkbox"/> Nativo do Alasca/ Índio nativo-americano <input type="checkbox"/> Havaiano nativo <input type="checkbox"/> Outro/Ilha do Pacífico <input type="checkbox"/> Asiático			Etnia: <input type="checkbox"/> Hispânico/Latino <input type="checkbox"/> Não-Hispânico/Latino
Língua primária: <input type="checkbox"/> Inglês <input type="checkbox"/> Espanhol <input type="checkbox"/> Laos <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Camboja <input type="checkbox"/> Língua gestual <input type="checkbox"/> Outros _____		Precisa de um intérprete? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Que farmácia você usa? (Nome, Endereço, Telefone): _____			
Como soube de nós? <input type="checkbox"/> Amigo/Parente <input type="checkbox"/> HealthHut <input type="checkbox"/> Televisão <input type="checkbox"/> Provedor/Agência Comunitária <input type="checkbox"/> Rádio <input type="checkbox"/> Outdoor Ad/Outdoor <input type="checkbox"/> Website/Intranet <input type="checkbox"/> Jornal <input type="checkbox"/> Outros _____			

As seguintes informações serão utilizadas apenas para fins demográficos. Como, e se responder às perguntas não vai afetar os seus cuidados.

Estatuto de Veterano : <input type="checkbox"/> Veterano <input type="checkbox"/> Não um veterano.	Considera o seu trabalho: <input type="checkbox"/> Trabalhos agrícolas migratórios <input type="checkbox"/> Temporada de trabalhos agrícolas <input type="checkbox"/> Nenhum destes	Nos últimos 12 meses, tem vivido em habitações estáveis que possui, aluga ou fica como parte de uma casa? <input type="checkbox"/> Sim, vivendo em uma habitação estável. <input type="checkbox"/> Não, não viver em habitação estável. <input type="checkbox"/> Rua (exterior, RV, carro, tenda, edifício vago, etc.) <input type="checkbox"/> Duplicação (partilha de um quarto, etc.) <input type="checkbox"/> Habitação Transitória (casa de grupo, etc.) <input type="checkbox"/> Abrigo para sem-tetos <input type="checkbox"/> Outros _____	
Obrigatório para maiores de 18 anos+. Opcional para idades entre os 12 e os 17 anos.	Qual foi o seu sexo atribuído à nascença ? <input type="checkbox"/> Fêmea <input type="checkbox"/> Homem <input type="checkbox"/> Outros _____	Orientação Sexual Considera que se consideracomo: <input type="checkbox"/> Hetero (Heterossexual) <input type="checkbox"/> Lésbica ou Gay <input type="checkbox"/> Bissexual <input type="checkbox"/> Queer <input type="checkbox"/> Outra coisa _____ <input type="checkbox"/> Não sei	Qual é a sua identidade de género actual? <input type="checkbox"/> Homem <input type="checkbox"/> Mulher <input type="checkbox"/> Homem Transgénero (mulher a macho) <input type="checkbox"/> Mulher Transgénero (homem para mulher) <input type="checkbox"/> Queer/Não Binário de Género <input type="checkbox"/> Outra coisa.

THUNDERMIST HEALTH CENTER
Formulário de Consentimento do Paciente

Preencha as informações abaixo e leia, escreva as suas iniciais e assine este formulário como indicado. Por favor, traga-o consigo para a sua primeira consulta no Thundermist. Se tiver alguma pergunta, por favor, faça-as à nossa equipa quando vier visitar-nos.

O SOBRENOME DO PACIENTE: _____ PRIMEIRO NOME: _____ INICIAL _____
DATA DE NASCIMENTO: ____ / ____ / ____ #MR: _____
Mês Dia Ano (apenas para uso de escritório)

Consentimento para o Tratamento / Divulgação de Informação:

Concordo com o tratamento por parte do pessoal da Thundermist de acordo com as suas políticas e direitos como paciente (refiro-me ao manual do paciente) Dou permissão à Thundermist para divulgar as minhas informações pessoais de saúde (ou dos meus dependentes) a terceiros, a fim de processar pedidos de pagamento e de divulgar as minhas informações pessoais de saúde a outros fornecedores, de acordo com as políticas da HIPAA, a fim de coordenar os meus cuidados de saúde.

Recebi uma cópia do Aviso de Práticas de Privacidade da Thundermist de acordo com a lei da HIPAA. A política explica como o Thundermist usará as minhas informações pessoais de saúde e como manterá a confidencialidade das minhas informações pessoais de saúde.

Direitos e Responsabilidades do Paciente:

Sei que, como paciente, tenho direitos e responsabilidades. Estes Direitos e Responsabilidades do Paciente são publicados em todos os Centros de Saúde Thundermist e podem ser lidos on-line em www.thundermisthealth.org. Sei que posso pedir ajuda ao pessoal se tiver alguma dúvida sobre estas políticas.

Diretivas antecipadas ("Vontade Viva"):

Tenho a opção de falar com o meu prestador de cuidados de saúde na Thundermist sobre os meus desejos sobre o fim dos cuidados de vida (às vezes chamados de vontade viva) em caso de doença grave ou lesão. O pessoal da Thundermist pode fornecer-me mais informações sobre a criação de um Documento De Diretiva Avançada.

Gostaria que mais informações sobre estas diretivas neste momento (círculo um): Sim No

(Se não quiser informação agora, sei que posso pedir esta informação a qualquer momento no futuro).

Responsabilidade Financeira / Atribuição de Benefícios:

Atribuo diretamente ao Centro de Saúde Thundermist todos os benefícios que me são devidos ao abrigo das minhas apólices de seguro e planos de benefícios para a saúde. Reconheço a responsabilidade financeira de todos os serviços prestados a mim ou ao meu dependente. Autorizo a utilização da minha assinatura (abaixo) em todas as submissões de seguros. Sei que sou responsável por todas as taxas e encargos, incluindo os que não estão cobertos pelo seguro.

Li a informação acima, ou foi lida (e/ou traduzida para mim) e compreendo e concordo com as políticas acima referidas.

Assinatura de Paciente, Pai, Guardião ou Representante

Data

IMPRIMA O SEU

Eu sou o:

Paciente Guardião/Representante legal do paciente
(círculo um)

Serviços Confidenciais adolescentes

Os adolescentes podem evitar receber cuidados necessários para determinados problemas, a menos que saibam que podem ser tratados confidencialmente e os pais preferem que os seus filhos tenham um lugar para recorrer quando precisam de cuidados médicos. Os adolescentes, embora encorajados a comunicar com os seus pais, podem receber serviços confidenciais para testes e tratamentos de doenças sexualmente transmissíveis, testes de gravidez, aconselhamento de planeamento familiar e aconselhamento e aconselhamento de abuso de substâncias e encaminhamento. Compreendo que as informações relativas às condições acima referidas serão partilhadas se o adolescente concordar ou quando houver um risco grave para a saúde que exija a comunicação por parte da lei estatal ou federal.

Assinatura de Paciente, Pai, Guardião ou Representante

Data



Nome do paciente: _____ Data de nascimento do paciente: _____

***Membros adicionais da família:**

Nome: _____	Data de Nascimento: _____
Nome: _____	Data de Nascimento: _____
Nome: _____	Data de Nascimento: _____
Nome: _____	Data de Nascimento: _____

1. Incluindo a si mesmo, qual é o seu tamanho familiar? (Ver definição abaixo) _____

Qual é o rendimento anual total dos incluídos no Tamanho Familiar na Pergunta nº 1?
\$ _____ semanal quinzenal mensal anual

- Certifico que a informação acima inserida é correta, pelo que sei. Concordo em informar o Thundermist se o tamanho da minha família ou o seu rendimento mudar. Entendo que as alterações ao tamanho ou rendimento da minha família podem afetar a elegibilidade para o Programa de Desconto da Thundermist.
- Entendo que me foi oferecido um Período de Graça de dias úteis para fornecer comprovativo de rendimento, que se eu não fornecer essa documentação que eu não serei mais elegível para o Programa de Desconto da Thundermist.
- Recuso a participação no Programa de Descontos.

Imprimir Nome do Responsável (se não for o Paciente)

Assinatura do Responsável

Data

*Tamanho familiar: Inclua a si mesmo e a outros relacionados com nascimento, casamento ou adoção que residem juntos. A família também inclui indivíduos não relacionados que vivem no mesmo agregado familiar que são apoiados ou apoiam um membro da Família. As crianças adotivas não estão incluídas no tamanho da família.