

Data de hoje: \_\_\_\_\_

N.º. de identificação do Paciente \_\_\_\_\_ [apenas para uso oficial]

Médico de encaminhamento: \_\_\_\_\_

### FORMULÁRIO DE REGISTO DO PACIENTE

#### Informação do Paciente

Apelido: \_\_\_\_\_ Nome próprio: \_\_\_\_\_ Inicial do 2.º. nome: \_\_\_\_\_

Data de nascimento: \_\_\_\_\_ Sexo: M  F  Segurança social n.º.: \_\_\_\_\_

Para menores, indicar Pai/Mãe/Tutor: \_\_\_\_\_

Morada: \_\_\_\_\_

Rua

Localidade

Estado/Código postal

Telefone residencial: ( ) \_\_\_\_\_ Telemóvel: ( ) \_\_\_\_\_ Tel. do trabalho: ( ) \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_ Licença de condução n.º.: \_\_\_\_\_

Estado Civil: Solteiro/a  Casado/a  Viúvo/a  Separado/a  Divorciado/a

Empregador: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_

Contacto de emergência: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

#### Como nos conheceu?

Marque todos os quadrados correspondentes aplicáveis:

Website	<input type="checkbox"/>	Facebook	<input type="checkbox"/>
Google/Yahoo/Bing	<input type="checkbox"/>	Outro anúncio na Internet	<input type="checkbox"/>
Anúncio no Jornal/Revista	<input type="checkbox"/>	Direct mail (carta, postal, etc.)	<input type="checkbox"/>
Pessoa amiga ou família _____	<input type="checkbox"/>	Médico	<input type="checkbox"/>
Outro (ex.: CVS) _____	<input type="checkbox"/>		

Gostaria de receber boletins informativos, conselhos gerais de saúde e informações do Barnabas Health por e-mail:

Sim  Não  Se SIM forneça o seu endereço de e-mail: \_\_\_\_\_

#### Parte Responsável

##### Preencher apenas se o Paciente não for a Pessoa Responsável

Apelido: \_\_\_\_\_ Nome próprio: \_\_\_\_\_ Inicial do 2.º. nome: \_\_\_\_\_

Data de nascimento: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Segurança social n.º.: \_\_\_\_\_ Sexo (M/F): \_\_\_\_\_

Morada: \_\_\_\_\_ Localidade/Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Telefone residencial: ( ) \_\_\_\_\_ Telefone do trabalho: ( ) \_\_\_\_\_

#### Informação sobre Seguro de Saúde (Apresentar o(s) Cartão(ões) à Recepcionista)

**Seguro Primário:** \_\_\_\_\_ Apólice/identificação n.º.: \_\_\_\_\_

Grupo/Plano n.º.: \_\_\_\_\_ Relacionamento com o segurado: \_\_\_\_\_

Data de início do Seguro Primário: \_\_\_\_\_

#### **Informação do segurado:**

Apelido: \_\_\_\_\_ Nome próprio: \_\_\_\_\_ Inicial do 2.º. nome: \_\_\_\_\_

Data de nascimento: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Segurança social n.º.: \_\_\_\_\_ Sexo (M/F): \_\_\_\_\_

Morada: \_\_\_\_\_ Localidade/Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Telefone residencial: ( ) \_\_\_\_\_ Telefone do trabalho: ( ) \_\_\_\_\_

**Seguro Secundário:** \_\_\_\_\_ Apólice/identificação nº.: \_\_\_\_\_  
Grupo/Plano nº.: \_\_\_\_\_ Relacionamento com o segurado: \_\_\_\_\_  
Data de início do Seguro Secundário: \_\_\_\_\_

**Informação do segurado:**

Apelido: \_\_\_\_\_ Nome próprio: \_\_\_\_\_ Inicial do 2º. nome: \_\_\_\_\_  
Data de nascimento: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Segurança social nº.: \_\_\_\_\_ Sexo (M/F): \_\_\_\_\_  
Morada: \_\_\_\_\_ Localidade/Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_  
Telefone residencial: ( ) \_\_\_\_\_ Telefone do trabalho: ( ) \_\_\_\_\_

**Solicitação de Dados Demográficos**

A fim de cumprir os regulamentos federais, é exigido que nos forneça a seguinte informação:

**Raça**

- Índia Norte-Americana ou Nativa do Alasca
- Asiática
- Preta ou Afro-Americana
- Nativa Havaiana ou outra Ilhoa do Pacífico
- Branca

**Etnia**

- Hispânica ou Latina
- Nem Hispânica nem Latina

**Directivas Antecipadas de Vontade**

Possui um procurador de cuidados de saúde/testamento vital?  Sim  Não

Deseja procurar esclarecimento junto do seu médico?  Sim  Não

**Consumo de Tabaco**

Indicar o seu histórico de consumo de tabaco:

Nunca fumei  Fumei no passado  Actual fumador(a) – Indicar a quantidade e com que frequência fuma \_\_\_\_\_

**Preferências de Comunicação**

Compreendo que o pessoal e/ou médicos do Grupo Médico do Barnabas Health (“BHM”) podem necessitar de me contactar relativamente a consultas, resultados de análises ou outros assuntos relacionados com a minha saúde. Abaixo encontram-se indicadas as minhas preferências:

Idioma preferido \_\_\_\_\_ Método de comunicação preferido (telefone):  Residência  Trabalho  Telemóvel

Podemos deixar uma mensagem no atendedor de chamadas ou com qualquer pessoa que atenda o telefone? (Traçar um círculo em **Sim** ou **Não**) **Residência** S / N **Trabalho** S / N **Telemóvel** S / N

**NÃO TELEFONAR:**  Residência  Trabalho  Telemóvel

**Divulgação a Familiares/Amigos/Pessoas que Prestam Cuidados**

Autorizo o BHM a divulgar informação médica, conforme necessário, à(s) pessoa(s) a seguir indicada(s) envolvida(s) com os meus cuidados de saúde. Entendo que não é exigido que mencione quem quer que seja. Entendo também que poderei alterar a lista, por escrito, em qualquer altura

Nome em letra de imprensa \_\_\_\_\_ Data de nascimento \_\_\_\_\_ Relacionamento \_\_\_\_\_ Nº. de telefone \_\_\_\_\_

Nome em letra de imprensa \_\_\_\_\_ Data de nascimento \_\_\_\_\_ Relacionamento \_\_\_\_\_ Nº. de telefone \_\_\_\_\_

### **Farmácia Preferida**

Indicar abaixo a sua farmácia preferida:

Nome da farmácia: \_\_\_\_\_

Nº de telefone: ( ) \_\_\_\_\_

Morada: \_\_\_\_\_

(Indicar localidade e ruas transversais, e Código Postal, se souber)

### **Autorização para Aceder a Registos de Receitas Electrónicas**

Autorizo o acesso do Grupo Médico do Barnabas Health (“BHMG”) e dos seus prestadores afiliados ao meu histórico de receitas externas através dos serviços de receitas electrónicas. Compreendo que o histórico de receitas proveniente de vários outros prestadores de serviços médicos, companhias de seguros, farmácias e gestores de benefícios farmacêuticos não afiliados podem ser visualizados pelos meus prestadores de cuidados de saúde e pessoal aqui, e que pode incluir receitas abrangendo vários anos no passado, podendo incluir igualmente receitas para tratamento de VIH, toxicod dependência e perturbações psiquiátricas, se aplicável. Compreendo que o meu histórico de receitas médicas fará parte do meu processo clínico do BHMG.

### **Troca de Informações de Saúde (HIE)**

O BHMG participa igualmente em trocas de informações de saúde (HIEs) por via electrónica com hospitais e vários outros prestadores de cuidados de saúde. Autorizo o BHMG e HIEs com os quais participa, a partilhar as minhas informações de saúde através das redes de HIE, para os fins permitidos pela lei, incluindo o meu tratamento e coordenação dos meus cuidados, com todos os prestadores de cuidados de saúde que eu autorizar ao abrigo das políticas de HIEs e da lei aplicável a aceder às minhas informações. Eu compreendo e concordo que as minhas informações que possam ser partilhadas e acedidas através de HIEs podem incluir informação sobre o estado de VIH/SIDA, doenças transmitidas sexualmente, planeamento familiar, tratamento de saúde mental, resultados de testes genéticos, consumo de álcool e outras substâncias, bem como outras categorias sensíveis das minhas informações de saúde. Compreendo que tenho direito a “recusar” a partilha das minhas informações através de HIEs, e as instruções sobre como o fazer podem ser encontradas na Notificação do BHMG sobre as Práticas de Privacidade, a brochura HIE, a qual se encontra disponível nos escritórios BHMG participantes, ou pode ser solicitada através do Funcionário Responsável pela Privacidade do BHMG.

### **Autorização para Fotografias e Divulgação para uso em Registos Clínicos**

Pelo presente autorizo e consinto que o BHMG, os seus agentes e funcionários obtenham fotografias e imagens em movimento de mim. Pelo presente autorizo e dou o meu consentimento para uso de tais fotografias e imagens em movimento para efeitos de identificação e como parte do meu registo clínico.

Pelo presente exonero o BHMG, o seu pessoal clínico, agentes e funcionários, de toda a responsabilidade relacionada com a execução, armazenamento e uso de tais fotografias e imagens em movimento destinadas a fins de identificação e como parte dos meus registos clínicos.

### **Liberação e Atribuição de Benefícios**

Eu directamente concedo todos os benefícios de seguro, aos quais eu tenho direito, Medicare, Medicaid, Blue Cross ou quaisquer outros planos de seguro, directamente aos prestadores do BHMG por serviços executados em meu nome. Compreendo que sou financeiramente responsável por todas as despesas, quer eu esteja ou não coberto(a) pelo seguro no momento da prestação do serviço, incluindo dedutíveis, co-seguro, co-pagamentos e benefícios, serviços executados fora da rede, negados e/ou não cobertos pelo meu plano de seguro de saúde. Autorizo o BHMG ou qualquer outro detentor de informação clínica ou outra informação sobre a minha pessoa a ceder à Medicare, Medicaid ou Blue Cross, ou a qualquer outra companhia de seguros ou aos seus agentes autorizados, qualquer informação necessária para isto ou para um pedido de indemnização relacionado.

### **Consentimento para Tratamento**

Eu, abaixo assinado(a), consinto voluntariamente e autorizo o BHMG através dos seus médicos, funcionários e/ou agentes, a prestar tais cuidados e exames médicos numa base contínua, administrar tais diagnósticos de rotina, procedimentos radiológicos e/ou terapêuticos, análises e tratamentos conforme considerado necessário ou aconselhável, no meu diagnóstico, cuidados e tratamento, segundo o critério do(s) meu(s) médico(s) do BHMG incluindo, mas não limitado a, colheita e análise de fluidos corporais e administração de produtos farmacêuticos. Reconheço que não me foram oferecidas quaisquer garantias sobre os resultados de qualquer exame ou tratamento.

### Reconhecimentos e Acordo

- Confirmando que fui informado(a) sobre o meu direito a estabelecer uma Directiva Antecipada.
- Confirmando ter recebido a Política Financeira do BHMG e concordo com todos os termos e condições contidos na mesma.
- Confirmando ter recebido a Notificação de Práticas de Privacidade
- Concordo em permitir o acesso aos meus registos de receitas médicas electrónicas descritas acima.
- Concordo na liberação e atribuição de benefícios, conforme descrito acima.
- Concordo no tratamento, conforme descrito acima.
- Li este formulário, as minhas perguntas foram respondidas, e compreendo e concordo com o respectivo conteúdo.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Paciente/Representante

\_\_\_\_\_  
Data

\_\_\_\_\_  
Se assinado pelo Representante Autorizado pelo Paciente,  
usar letra de imprensa no nome do Signatário

\_\_\_\_\_  
Relacionamento com o Paciente/Autoridade a assinar