

## **Boas-vindas à Outer Cape Health Services**

Agradecemos por você ter nos escolhido como seu profissional de saúde.

Como casa médica centrada no paciente, a OCHS fornece assistência médica baseada em evidências que é baseada em relacionamento com uma orientação para a pessoa como um todo. A parceria com pacientes e famílias exige compreensão e respeito às necessidades, cultura, valores e preferências específicas de cada paciente. A prática médica domiciliar apoia ativamente os pacientes no aprendizado de como gerenciar e organizar a própria assistência no nível que o paciente escolher. Reconhecendo que os pacientes e famílias são membros fundamentais da equipe de cuidados, a OCHS trabalha para garantir que nossos pacientes sejam parceiros totalmente informados no estabelecimento de planos de assistência, com foco na prevenção, bem-estar e assistência de saúde de qualidade.

Este Pacote de Admissão de Pacientes Novos deve ser preenchido e devolvido para nós antes da sua primeira consulta ser agendada. ***Preencha todos os formulários somente com tinta preta para garantir a leitura quando forem digitalizados.***

Este pacote inclui o seguinte:

- 1) **Aviso de Práticas de Privacidade:** leia este aviso com atenção.
- 2) **Formulário de Registro do Paciente:** preencha todas as partes deste formulário. Observe que, como centro de saúde com qualificação federal, somos obrigados a coletar informações demográficas sobre os pacientes que atendemos. As informações que você fornece são confidenciais.
- 3) **Questionário de Histórico de Saúde:** Um resumo do seu histórico médico, medicamentos, alergias, hábitos de saúde e histórico de saúde da família. Anote todos os medicamentos que estiver tomando, incluindo qualquer medicamento de venda livre e suplementos que você tome.
- 4) **Contrato de Tratamento, Pagamento e Dados:** Precisa ser assinado antes de consultar um médico.
- 5) **Autorização para Solicitação de Informações de Saúde Protegidas:** Para garantir a continuidade da assistência, devemos receber todos os registros médicos do seu antigo Prestador Primário de Assistência (PPA). É sua responsabilidade preencher o formulário de autorização para nos conceder permissão para solicitar registros de sua prática anterior.

### **Leia as seguintes Responsabilidades com o Paciente:**

- ❖ Seguro: não aceitamos todos os planos de seguro. Se tiver um seguro de saúde com o qual não trabalhamos, você será responsável pelo pagamento no momento do serviço. Você pode enviar o seu recibo à sua companhia de seguros para reembolso, embora não possamos garantir que reembolso será feito, se for o caso, pelo seu plano de seguro.
- ❖ Aceitamos pagamentos em dinheiro, cheques e cartão de crédito.
- ❖ Se você possui um plano de seguro que exige a atribuição de um PPA, é sua responsabilidade entrar em contato com a sua seguradora para informá-la do seu novo PPA.
- ❖ Copagamentos: qualquer copagamento exigido pela sua companhia de seguros é devido no momento da visita.

- ❖ Receitas: exigimos um aviso de 48 horas para processar todas as solicitações de recarga de receitas. Se você solicitar uma recarga em uma sexta-feira, ela poderá não estar disponível até segunda-feira.
- ❖ Substâncias controladas não serão recarregadas na primeira visita.

**Chegue 15 minutos antes da sua consulta.**

*Agradecemos por escolher a Outer Cape Health Services!*



HEALTH SERVICES

**ESTE AVISO DESCREVE COMO INFORMAÇÕES MÉDICAS SOBRE VOCÊ PODEM SER USADAS E COMPARTILHADAS COM OUTRAS PESSOAS E COMO VOCÊ PODE TER ACESSO A ELAS. LEIA-O ATENTAMENTE.**

## **NOSSOS USOS E DIVULGAÇÕES**

### **Como normalmente usamos ou compartilhamos suas informações de saúde?**

Normalmente usamos as suas informações de saúde das seguintes maneiras.

**Para tratar você** - A Outer Cape Health Services usa um prontuário médico seguro. O acesso aos seus prontuários médicos e outras informações mantidas pela Outer Cape Health Services é restrito aos médicos e funcionários que precisam das informações para fins de tratamento, pagamento ou operações de assistência médica ou outros fins autorizados, como descrito neste Aviso.

Em alguns casos, médicos de outras organizações de assistência médica podem acessar eletronicamente as suas informações de saúde criadas ou mantidas pela Outer Cape Health Services, por meio de uma rede segura de transmissão de informações de saúde, como a Massachusetts Health Information Highway ("The Hiway"). Todos os médicos são obrigados a proteger a confidencialidade de suas informações.

A Outer Cape Health Services é parte de um acordo organizado de assistência médica que inclui participantes da OCHIN. Uma lista atualizada dos participantes da OCHIN está disponível no site [www.ochin.org](http://www.ochin.org). Como associada de negócios da Outer Cape Health Services, a OCHIN fornece tecnologia da informação e serviços relacionados para a Outer Cape Health Services e outros participantes da OCHIN. A OCHIN também participa de atividades de avaliação e melhoria da qualidade em nome de seus participantes. Por exemplo, a OCHIN coordena as atividades de revisão clínica em nome das organizações participantes para estabelecer padrões de boas práticas e acessar benefícios clínicos que podem ser derivados do uso de sistemas eletrônicos de registro de saúde. A OCHIN também ajuda os participantes a trabalharem de forma colaborativa para melhorar a gestão de encaminhamentos internos e externos de pacientes. Suas informações de saúde podem ser compartilhadas pela Outer Cape Health Services com outros participantes da OCHIN quando necessário para fins de operação de assistência médica do acordo de assistência médica organizado.

**Assistência em Todos os Lugares** - Os médicos envolvidos na assistência de um paciente que usam o sistema Epic/OCHIN podem compartilhar as informações com segurança. As informações compartilhadas pela Assistência em Todos os Lugares podem incluir informações confidenciais de saúde, como tratamento ou encaminhamento para abuso de drogas e álcool, diagnóstico e tratamento de saúde mental, testes genéticos, diagnóstico e tratamento de doenças sexualmente transmissíveis e diagnóstico e tratamento de HIV/AIDS. Os pacientes podem optar por não compartilhar suas informações pela Assistência em Todos os Lugares.

## **AVISO DE PRÁTICAS DE PRIVACIDADE**

*Suas informações. Seus direitos. Nossas responsabilidades.*

**Para administrar a nossa organização** - Podemos usar e compartilhar suas informações de saúde para administrar a nossa clínica, melhorar a sua assistência e entrar em contato com você quando necessário.

**Para cobrar pelos nossos serviços** - Podemos usar e compartilhar suas informações de saúde para cobrar e receber pagamentos de planos de saúde ou entidades, incluindo indivíduos, como membros da família que são responsáveis pelo pagamento da sua assistência médica.

**De que outra forma podemos compartilhar as suas informações?** - Podemos ou precisamos compartilhar suas informações de formas que contribuem para o bem público, como saúde pública e pesquisa. Devemos cumprir muitas condições legais antes de compartilhar as suas informações. Para mais informações: <https://www.hhs.gov/hipaa/for-professionals/privacy/index.html>

### **Ajudar com questões de segurança e saúde pública, como:**

- Prevenção de doenças
- Ajuda com recalls de produtos
- Notificação de reações adversas a medicamentos
- Notificação de abuso, negligência ou violência doméstica.

**Fazer pesquisas** - Podemos usar ou compartilhar suas informações para pesquisa de saúde.

**Cumprir a lei** - Se as leis estaduais ou federais exigirem, nós compartilharemos as suas informações.

Exemplo: o Massachusetts Immunization Information Systems ("MIIS") é um sistema estadual para acompanhar as vacinas fornecidas a você e sua família. O objetivo é garantir que todas as pessoas do estado estejam em dia com suas vacinas e que os registros estejam disponíveis quando você precisar deles, como quando uma criança entra na escola, em uma emergência ou quando você muda de médico. Você pode optar por não participar do programa, mas suas informações continuarão sendo mantidas no banco de dados do MIIS. Optar por não participar significa que você precisará acompanhar os registros de vacinação do seu filho caso mude de médico ou seja imunizado em outra unidade de saúde.

### **Responder a solicitações de doação de órgãos e tecidos**

Compartilhamos informações sobre você com organizações de aquisição de órgãos.

**Trabalhar com um médico legista ou agente funerário** - Nós compartilhamos informações quando uma pessoa morre.

### **Atender indenizações trabalhistas, solicitações policiais e outras solicitações governamentais**

- Reivindicações de indenização trabalhista
- Para fins de aplicação da lei com um agente da lei
- Com agências de supervisão de saúde para atividades autorizadas por lei
- Para funções governamentais especiais, como militares, segurança nacional e serviços de proteção presidencial.

**Responder a processos e ações judiciais** - Podemos compartilhar informações de saúde sobre você em um tribunal ou ordem administrativa ou em resposta a uma intimação.

### NOSSAS RESPONSABILIDADES

- Somos obrigados por lei a manter a privacidade e a segurança de suas informações de saúde protegidas.
- Avisaremos você imediatamente se ocorrer uma violação.
- Seguiremos as tarefas e práticas de privacidade descritas neste Aviso e lhe daremos uma cópia.
- Não compartilharemos ou usaremos suas informações de outra forma que não a descrita neste Aviso, a menos que você nos informe que podemos fazer isso. Se você mudar de ideia a qualquer momento, nos avise por escrito.

Como membro da Community Care Cooperative (C3) Accountable Care Organization (ACO), temos o compromisso de proteger sua privacidade e garantir que suas informações pessoais sejam tratadas com cuidado e respeito. **Como parte de nossos esforços para prestar assistência abrangente e inclusiva, coletamos informações demográficas, incluindo raça, etnia, idioma preferido, deficiência, identidade de gênero e orientação sexual.** Essas informações nos ajudam a entender melhor e atender às diversas necessidades da nossa comunidade. O acesso aos dados demográficos está restrito apenas ao pessoal autorizado. Salvaguardas físicas, como sistemas de arquivamento seguro e áreas de acesso restrito, estão em vigor para impedir o acesso não autorizado. Nossos sistemas de prontuário eletrônico de saúde (EHR) são equipados com medidas de segurança robustas para proteger contra acesso não autorizado, incluindo criptografia, autenticação de usuário e trilhas de auditoria. **As informações demográficas são usadas para personalizar nossos serviços e programas para melhor atender às suas necessidades e preferências individuais. As informações demográficas nunca serão usadas para discriminar ou estigmatizar uma pessoa ou grupo. Não divulgaremos as suas informações demográficas a terceiros sem o seu consentimento claro, exceto conforme exigido por lei.**

### SEUS DIREITOS

**Obter uma cópia eletrônica do seu prontuário médico** - Você pode pedir para ver ou obter uma cópia eletrônica ou em papel do seu prontuário médico e de outras informações de saúde que temos sobre você.

**Pedir para corrigirmos o seu prontuário médico** - Você pode nos pedir para corrigir informações sobre você que acha que estão incorretas.

**Solicitar comunicações confidenciais** - Você pode nos pedir para entrar em contato com você de uma forma específica (telefone ou celular). Todos os **pedidos razoáveis serão aprovados.**

**Pedir para limitarmos o que compartilhamos**

- Não somos obrigados a concordar com a sua solicitação e podemos dizer "não" se isso afetar a sua assistência.
- Se você pagar do seu próprio bolso pela sua assistência médica, poderá nos pedir para não compartilhar essas informações com seu plano de saúde. Diremos "sim" a

menos que a lei exija que compartilhem essas informações.

**Obter uma lista das pessoas com as quais compartilhamos informações**

- Você pode solicitar uma lista (contabilização) das vezes que compartilhamos as suas informações de saúde nos últimos 5 anos antes da data da solicitação, com quem as compartilhamos e por quê.
- Faremos todas as divulgações, exceto aquelas sobre tratamento, pagamento, operações de assistência médica e quaisquer outras divulgações que você nos tenha solicitado.

**Obter uma cópia do Aviso de Privacidade** - Você pode pedir uma cópia impressa ou eletrônica.

**Fazer uma reclamação se achar que os seus direitos foram violados.** Você pode reclamar se achar que violamos os seus direitos entrando em contato com o local onde você recebeu assistência ou com o Responsável pela Privacidade da Outer Cape Health Services pelo telefone 508-905-2820. Uma reclamação também pode ser feita com:

- Escritório de Direitos Cíveis do Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos EUA, 200 Independence Avenue, SW, Washington DC 20201, 1-877-696-6775 ou [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints).
- Escritório do Coordenador Nacional de Tecnologia da Informação em Saúde em <https://www.healthit.gov/topic/information-blocking>
- Os membros do C3 podem registrar uma reclamação junto à Community Care Cooperative (C3), Member Advocates – Grievance, 75 Federal Street, 7th floor, Boston, MA 02110 ou pelo telefone 866-676-9226 (TTY 711)

**A Outer Cape Health Services não tomará nenhuma medida de retaliação contra você por registrar uma reclamação.**

### SUAS OPÇÕES

Para determinadas informações de saúde, você pode nos informar suas opções sobre o que compartilhamos. Avise se você tiver uma preferência clara para como compartilhamos informações nas situações descritas abaixo.

- Compartilhar informações com sua família, amigos próximos ou outros envolvidos com os seus cuidados.
- Compartilhar informações em uma situação de socorro em desastres

Se você não estiver presente, não puder se comunicar ou em uma situação de emergência, podemos exercer nosso julgamento para determinar se as informações devem ser divulgadas a terceiros envolvidos na sua assistência. Também podemos compartilhar informações quando necessário para evitar uma ameaça grave e iminente à saúde ou à segurança.

As leis federais e estaduais exigem sua autorização específica por escrito para a divulgação, comercialização e venda destas informações: anotações de psicoterapia, conforme definido por lei; comunicação com determinados profissionais de saúde comportamental; comunicações entre vítimas de violência doméstica e seu(s) orientador(s) de violência doméstica; e entre

as vítimas de agressão sexual e seu(s) orientador(s) de agressão sexual; e informações relacionadas ao tratamento contra abuso de substâncias, testes ou resultados de HIV; tratamento de doenças sexualmente transmissíveis e testes genéticos.

Caso não deseje ser contatado sobre arrecadação de fundos, entre em contato com o Diretor de Privacidade da Outer Cape Health Services pelo telefone 508.905.2820.

### **Direito de alterar os Termos deste Aviso**

Podemos alterar os termos deste Aviso, e as alterações serão aplicáveis a todas as informações que tivermos sobre você. O novo Aviso estará disponível mediante solicitação, na Outer Cape Health Services e em nosso site. **A data de vigência deste Aviso é 1º de janeiro de 2025.**

# Formulário de registro do paciente



HEALTH SERVICES

## Informações do paciente (insira claramente as informações apenas com tinta PRETA)

Nome legal*	Sobrenome	Primeiro nome	Inicial do nome do meio	Nome preferido:
Data de nascimento (mm/dd/aaaa) ____/____/____			Número de seguro social	

## Orientação sexual e identificação de gênero

<b>Gênero designado no nascimento</b> <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Intersexual <input type="checkbox"/> Não registrado na certidão de nascimento <input type="checkbox"/> Não sei/não tenho certeza do meu gênero no nascimento <input type="checkbox"/> Prefiro não responder <input type="checkbox"/> Outro _____	<b>Gênero legal</b> <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Não binário <input type="checkbox"/> Outro _____	<b>Pronomes</b> <input type="checkbox"/> Ela/dela <input type="checkbox"/> Ele/dele <input type="checkbox"/> Elu/delu <input type="checkbox"/> Nome do paciente <input type="checkbox"/> Prefiro não responder <input type="checkbox"/> Meus pronomes não estão listados
<b>Orientação sexual</b> <input type="checkbox"/> Assexuado <input type="checkbox"/> Pansexual <input type="checkbox"/> Bissexual <input type="checkbox"/> Queer <input type="checkbox"/> Homossexual <input type="checkbox"/> Eu não sei <input type="checkbox"/> Heterossexual <input type="checkbox"/> Prefiro não responder <input type="checkbox"/> Onissexual <input type="checkbox"/> Outro _____	<b>Identidade de gênero</b> <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Genderqueer ou não binário <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Prefiro não responder <input type="checkbox"/> Mulher transgênero <input type="checkbox"/> Outro _____ <input type="checkbox"/> Homem transgênero <input type="checkbox"/> Em dúvida	

## Informações de contato

Endereço de correspondência	Cidade	Estado	Código postal
Endereço (se for diferente do acima)	Cidade	Estado	Código postal
Circule seu número de telefone principal:			
Telefone residencial: (    )  Celular: (    )  Telefone comercial: (    )	<b>Preferências de comunicação</b> <b>Assinale todas as opções que se aplicam:</b> <input type="checkbox"/> Correio <input type="checkbox"/> MyChart <input type="checkbox"/> E-mail <input type="checkbox"/> Telefone  <i>Lembrete de consulta padrão para mensagem de texto. Assinale se você prefere chamadas telefônicas.</i> <input type="checkbox"/>		
Endereço de e-mail	Você gostaria de se inscrever no MyChart? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		

Nome do paciente \_\_\_\_\_ Data de nascimento \_\_\_\_\_

### Informações demográficas

**Essas informações são apenas para fins demográficos e não afetarão a sua assistência. Como Centro de Saúde com Qualificação Federal, a Outer Cape Health é obrigada a coletar informações demográficas sobre os pacientes que atendemos. As informações que você fornece são confidenciais.**

#### Estado civil

- Casado     União estável  
 Solteiro     Divorciado  
 Outro \_\_\_\_\_

#### Status de veterano

- Ativo  
 Inativo  
 Não é veterano  
 Veterano reservista

#### Etnia

- Hispânico ou latino  
 Não hispânico ou latino  
 Não sei/não tenho certeza da minha etnia  
 Prefiro não responder

### Grupos raciais (Assinale todas as opções que se aplicam)

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Indígena americano ou nativo do Alasca<br>Especifique _____ | <input type="checkbox"/> Havaiano nativo ou nativo das ilhas do Pacífico<br>Especifique _____ | <input type="checkbox"/> Branco                                  |
| <input type="checkbox"/> Asiático<br>Especifique _____                               |   |  |
| <input type="checkbox"/> Negro ou afro-americano                                     |   |  |
|  |   | <input type="checkbox"/> Outro<br>Especifique _____              |
|  |   | <input type="checkbox"/> Prefiro não responder                   |
|  |   | <input type="checkbox"/> Não sei/não tenho certeza da minha raça |

### Emprego

#### Situação de emprego

- Empregado em período integral  
 Empregado em meio período  
 Estudante em período integral  
 Outro: \_\_\_\_\_

#### Profissão

Nome do empregador/escola \_\_\_\_\_

Você tem cobertura do seguro da escola ou do empregador?

- Sim     Não

### Idioma

#### Idioma falado preferencial

- Linguagem de sinais  
 Inglês  
 Francês  
 Crioulo haitiano  
 Espanhol  
 Português  
 Prefiro não responder  
 Outro \_\_\_\_\_

#### Idioma escrito preferencial

- Inglês  
 Francês  
 Crioulo haitiano  
 Espanhol  
 Português  
 Prefiro não responder  
 Outro \_\_\_\_\_

### Farmácia preferencial

Nome da farmácia \_\_\_\_\_ Endereço \_\_\_\_\_

Nome do paciente \_\_\_\_\_ Data de nascimento \_\_\_\_\_

Informações sobre seguros	
<b>Médico</b>	Nome do plano _____ Assinante nº _____ Nome do assinante _____ Data de nascimento: _____ Endereço do assinante _____
<b>Secundário</b>	Nome do plano _____ Assinante nº _____ Nome do assinante _____ Data de nascimento: _____ Endereço do assinante _____
<b>Visão</b>	Nome do plano _____ Assinante nº _____ Nome do assinante _____ Data de nascimento: _____ Endereço do assinante _____

Deficiência
1. Você é surdo ou tem dificuldade para ouvir? <b>SIM NÃO Prefiro não responder Não sei/não tenho certeza</b>
2. Você é cego ou tem dificuldade para enxergar? <b>SIM NÃO Prefiro não responder Não sei/não tenho certeza</b>
3. Por causa de uma condição física, mental ou emocional, você tem dificuldades graves para se concentrar, lembrar-se de algo ou tomar decisões? <b>SIM NÃO Prefiro não responder Não sei/não tenho certeza</b>
4. Você tem dificuldade para andar ou subir escadas? <b>SIM NÃO Prefiro não responder Não sei/não tenho certeza</b>
5. Você tem dificuldade para se vestir ou tomar banho? <b>SIM NÃO Prefiro não responder Não sei/não tenho certeza</b>
6. Por causa de uma condição física, mental ou emocional, você tem dificuldade para realizar tarefas? <b>SIM NÃO Prefiro não responder Não sei/não tenho certeza</b>

Assinatura do paciente \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

# Formulário demográfico anual

Nome do paciente: \_\_\_\_\_ Data de nascimento: \_\_\_\_\_

Todos os pacientes devem preencher este formulário e serão solicitados a atualizá-lo anualmente. Como um centro de saúde qualificado pelo governo federal, devemos obter as informações abaixo. Essas informações são APENAS para fins de concessão de subsídios, financiamento e relatórios. Nenhuma informação pessoalmente identificável é relatada. A confidencialidade das informações relatadas abaixo é protegida por lei.

## **Tamanho da família:**

Quantas pessoas há em sua casa? \_\_\_\_\_  Prefiro não divulgar

## **Renda:**

Contando você, seu cônjuge e todos os filhos dependentes (aqueles com 18 anos ou menos que ainda são declarados como dependentes em sua declaração de imposto de renda federal), qual é a sua renda bruta (renda antes dos impostos) familiar?

\$ \_\_\_\_\_ **Selecione uma opção:**  Diário  Semanal  Mensal  Anual  
 Prefiro não divulgar

## **Situação de sem-teto**

Qual opção melhor descreve sua situação de moradia/sem-teto?

- Em risco de ficar sem-teto
- Criança em risco de ficar sem-teto
- Atualmente não está sem-teto, mas esteve nos últimos 12 meses
- Morando em um abrigo
- Morando com outras pessoas
- Não está sem-teto
- Moradia de apoio permanente
- Hotel com ocupação individual
- Rua, acampamento, ponte
- Em moradia transitória
- Veterano em risco de ficar sem-teto
- Prefiro não divulgar

## **Status de trabalhador migrante/sazonal**

Você é um trabalhador agrícola migrante ou sazonal?

Sazonal  Migrante  Nenhum dos dois  Prefiro não divulgar

Uso exclusivo pela equipe: PCP \_\_\_\_\_



## QUESTIONÁRIO DE HISTÓRICO DE SAÚDE

Todas as informações fornecidas são estritamente confidenciais e farão parte do seu prontuário médico. Responda as perguntas da melhor forma possível. Você pode deixar qualquer ou todos os campos em branco, mas seu médico poderá solicitar as informações durante sua consulta.

**Preencha somente com tinta PRETA.**

**Data de preenchimento:** \_\_\_\_\_

### DADOS DEMOGRÁFICOS

Sobrenome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ Inicial do nome do meio \_\_\_\_\_

Data de nascimento (mm/dd/aaaa) \_\_\_\_\_

Preferência de gênero do prestador de cuidados primários

Masculino

Feminino

Sem preferência

Fonte anterior de assistência médica: (Nome do prestador primário de assistência, instituição, número de telefone)

Data da última consulta? \_\_\_\_\_

Você preencheu e assinou um formulário de liberação de prontuário médico para seu prestador primário de assistência e especialistas, incluindo profissionais de saúde mental?

Sim  Não

Caso contrário, preencha e assine os formulários de liberação.

**CONDIÇÕES MÉDICAS: Circule qualquer uma das seguintes condições que você já teve.**

Alergia ou asma	Colesterol (alto)	Pressão arterial alta
Refluxo ácido/azia	Insuficiência cardíaca congestiva	Doença pulmonar
Alcoolismo	Depressão e/ou ansiedade	Derrame
Anemia	Diabetes	Doença da tireoide
Artrite	Transtorno de uso de drogas ou álcool	Outros (liste):
Nódulos/cistos nas mamas	Cardiopatia	
Câncer (tumores)	Hepatite	

**CIRURGIAS E OUTRAS HOSPITALIZAÇÕES**

Data	Tipo de cirurgia/motivo	Nome do hospital

**EXAMES RECENTES (por exemplo, última mamografia, exame Papanicolau, colonoscopia - Solicite registros anteriores nas unidades em que esses exames foram realizados)**

---



---



---

**OUTROS MÉDICOS E ESPECIALISTAS (Equipe de Atendimento ao Paciente)**

Tipo de especialista	Especialista/unidade	Tipo de especialista	Especialista/unidade
Odontologista		Ginecologista/obstetra	
Oftalmologista		Podólogo	
Dermatologista		Outro	
Psiquiatria (prescrição)		Outro	
Terapeuta/orientador		Outro	



**Fumante** Você já fez uso de tabaco?

- Fumante atual                       Ex-fumante                       Nunca fumou

Em caso afirmativo, há quantos anos você usa tabaco? \_\_\_\_\_

Em caso afirmativo, usou no ano passado? \_\_\_\_\_

Quantidade por dia: Cigarros \_\_\_\_\_ Charutos \_\_\_\_\_ Vape \_\_\_\_\_ Fumo mastigável \_\_\_\_\_

**Álcool**

Com que frequência você bebeu álcool no último ano?

- Nunca                       Mensalmente ou menos                       Duas a quatro vezes por mês  
 Duas a três vezes por semana                       Quatro ou mais vezes por semana

Quantas doses contendo álcool você consumiu em um dia típico de consumo de álcool no último ano? (1 dose = 350 ml de cerveja, 120 ml de vinho, 45 ml de bebida destilada)

- 0 doses     1 ou 2     3 ou 4     5 ou 6     7 a 9     10 ou mais

Com que frequência você tomou seis ou mais doses em uma ocasião no último ano?

- Nunca     Menos de mensalmente     Mensalmente     Semanalmente  
 Diariamente ou quase diariamente

**Saúde sexual**

Quando você fez o último teste para doenças sexualmente transmissíveis (DSTs)? \_\_\_\_\_

Você teve algum tipo de contato sexual desde a última vez que fez exame de DSTs?

- Sim     Não

Se você tiver alguma preocupação com infecções sexualmente transmissíveis que precise ser tratada com mais urgência, entre em contato com a nossa Equipe de Saúde Sexual pelo telefone 774-538-3350

**Drogas**

Você já usou drogas recreativas ou ilícitas?

- Sim     Não

Você já fez uso indevido de medicamentos com ou sem receita?

- Sim     Não

Você já se administrou alguma droga com uma agulha que não foi prescrita?

- Sim     Não

Gostaria de se consultar com um médico para discutir confidencialmente seu uso de drogas?

- Sim     Não

**Violência doméstica**

Você já foi vítima de abuso verbal, psicológico ou físico?

- Sim     Não

Você já se sentiu inseguro ou ameaçado por alguém próximo?

- Sim     Não

Você se sente seguro em casa?

- Sim     Não

**Dieta** Liste quaisquer restrições alimentares: \_\_\_\_\_

**Exercícios** Que tipo de exercício você pratica? \_\_\_\_\_

Quantas vezes por semana? \_\_\_\_\_ Duração do treino \_\_\_\_\_

**Cafeína** Número de xícaras/bebidas por dia?  
 Café \_\_\_\_\_ Refrigerante \_\_\_\_\_  
 Chá \_\_\_\_\_ Energético \_\_\_\_\_

**Saúde mental** Você já foi internado em um hospital psiquiátrico?  Sim  Não

Você já tentou se suicidar?  Sim  Não

**Segurança alimentar** Nos últimos 12 meses, você se preocupou com a possibilidade de a comida acabar antes de você ter dinheiro para comprar mais?

Sim  Às vezes  Nunca

**Saúde da mulher** Você está grávida?  Sim  Não

Data da última menstruação \_\_\_\_\_ Menstruação a cada \_\_\_\_ dias por \_\_\_\_ dias

Você está tentando engravidar?  Sim  Não

Se não, qual é o seu método de anticoncepcional? \_\_\_\_\_

### HISTÓRICO MÉDICO DA FAMÍLIA

Você é adotado? – Histórico desconhecido  Sim  Não

Membro da família	Idade	Vivo?	Se morto, qual a causa	Idade da morte
Mãe				
Pai				
Irmãos(s)				
Filho(s)				
Outro				

**Agradecemos por preencher este formulário**

# Autorização para solicitação de informações de saúde protegidas



Preencha um formulário por prestador

Se você precisar de formulários de solicitação adicionais, poderá encontrá-los no nosso site ou na clínica

<b>Nome do paciente</b>	Sobrenome	Nome	Inicial do nome do meio	<b>Data de nascimento do paciente</b> (mm/dd/aaaa)	
<b>Endereço do paciente</b>	Rua		Cidade	Estado	Código postal
<b>Telefone do paciente</b>					
Eu autorizo e solicito que uma cópia dos meus prontuários médicos seja enviada por correio ou fax para:  <b>Outer Cape Health Services</b> <b>PO .O. Box 598, Harwich Port, MA 02646</b> <b>Fax: 508-487-6298</b>					
Com a finalidade de: <input type="checkbox"/> Pessoal <input type="checkbox"/> Jurídico <input type="checkbox"/> Transferência de tratamento <input type="checkbox"/> Outro					
Informações solicitadas: _____ <input type="checkbox"/> Todos os prontuários					
Cobrando o período de: _____ a _____					
<b>Informações sobre o consultório antigo</b>					
Nome do consultório					
Endereço do consultório					
Telefone			Número de fax		

## Protegido pela lei estadual: insira as iniciais abaixo

<b>Tratamento de abuso de álcool e/ou</b>	Eu autorizo. Inicial: _____
<b>HIV/doença transmissível*</b>	Eu autorizo. Inicial: _____
<b>Testes genéticos</b>	Eu autorizo. Inicial: _____
<b>Serviços de saúde mental</b>	Eu autorizo. Inicial: _____
<small>(Serviços de Saúde Mental por um enfermeiro clínico especialista, psicólogo, assistente social, conselheiro profissional ou médico especializado em psiquiatria licenciado sob a disposição do Título 32)</small>	

Esta autorização é válida para divulgação de Informações de Saúde Protegidas por 180 dias a partir da data abaixo **OU** (indique):

Divulgação única  Após o término dos serviços  Até ser revogado por escrito  Outro

Nome do paciente ou representante legal (em letra de forma) \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Assinatura do paciente ou representante legal: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

Relação com o paciente: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

**Para o consultório que envia os registros**, envie **apenas** o seguinte:

- Ficha de acompanhamento médico
- Registro de imunização
- Último CPE
- Anotações das últimas três consultas
- Exames laboratoriais do ano atual e do anterior
- Todos os laudos de patologia
- Último laudo de Papanicolau e quaisquer laudos anormais
- Última colonoscopia e quaisquer laudos anormais
- Última mamografia e quaisquer laudos anormais
- Última radiografia do tórax e quaisquer laudos anormais
- Todos os exames de ressonância magnética, tomografia computadorizada e radiologia intervencionista
- Todas as consultas nos últimos dois anos, com exceção de todas as consultas de cardiologia, oncologia, neuropsiquiatria e dor
- Todos os exames de cardiologia dos últimos dois anos
- Todos os exames neurológicos (EMG, EEG) ou pulmonares dos últimos dois anos
- Resumos de alta hospitalar
- Todos os registros de saúde mental dos últimos dois anos

\*Uma autorização de divulgação separada é necessária para cada solicitação de divulgação dos resultados de testes de HIV/AIDS, M.G. L. c111§ 70F

\*\*A divulgação de informações deve estar em conformidade com a Lei Federal de Privacidade HIPAA e os regulamentos federais de Confidencialidade de Registros de Clientes de Abuso de Álcool e Drogas, 42 CFR, parte 2. Observação para o destinatário: isso contém informações confidenciais. O regulamento 42 CFR, parte 2 proíbe qualquer divulgação adicional dessas informações, a menos que expressamente permitido pelo consentimento por escrito da pessoa a quem ela pertence ou conforme permitido de outra forma por lei. Uma autorização geral para a divulgação de informações médicas ou outras NÃO é suficiente para esse fim. As regras federais restringem qualquer uso das informações para investigar ou processar criminalmente qualquer abuso de álcool ou drogas.

Eu, por meio deste, divulgo minhas informações de saúde para os fins indicados acima. Eu compreendo que uma vez que tais informações forem divulgadas ao destinatário pretendido, a OCHS não poderá garantir que o destinatário não divulgará novamente as minhas informações de saúde a terceiros. O terceiro pode não ser obrigado a cumprir esta Autorização ou as leis federais e estaduais aplicáveis que regem o uso e a divulgação das minhas informações de saúde.

Se eu tiver dúvidas sobre a divulgação das minhas informações de saúde, posso entrar em contato com o Diretor de Conformidade da Outer Cape Health Services:

508-905-2820 ou [patientexperience@outercape.org](mailto:patientexperience@outercape.org)

**Envie todos os prontuários médicos solicitados para :**

**Outer Cape Health Services**

**PO .O. Box 598, Harwich Port, MA 02646**

**Fax: 508-487-6298**

**Telefone: 774-209-3232**

Uma cópia ou fax deste documento é válida como o original.  
Digitalize o documento preenchido para EMR: Consents and Contracts

Revisado em janeiro de 2025



## Autorização de liberação do representante do paciente

### HEALTH SERVICES

#### Ao preencher este formulário e assinar abaixo:

Eu dou permissão à Outer Cape Health para revisar meu histórico de saúde com meu(s) representante(s) do paciente (listados abaixo).

Eu compreendo que isso pode incluir detalhes confidenciais, como:

- Tratamento de abuso de álcool e/ou drogas
- HIV/Doenças transmissíveis
- Testes genéticos
- Serviços de saúde mental

Eu também dou permissão ao meu representante para solicitar uma cópia do meu prontuário médico em meu nome, com o entendimento de que meu Representante do Paciente preencherá um Formulário de Autorização de Solicitação de Informações Protegidas.

Esta permissão só expirará se eu cancelá-la ou alterá-la ou em caso de meu falecimento. Eu posso cancelá-la ou alterá-la a qualquer momento. As alterações devem ser feitas por escrito e enviadas para a Outer Cape Health Services no endereço deste formulário. Eu compreendo que as alterações ou os cancelamentos:

- Não afetarão as informações já compartilhadas com meus representantes
- Não entrarão em vigor até que a Outer Cape Health Services receba minha solicitação por escrito

Se eu quiser mudar meu(s) representante(s), devo preencher um novo formulário. Eu compreendo que, quando eu preencher um novo formulário, meu formulário antigo não será mais válido. Meu(s) representante(s) não pode(m) compartilhar informações sem minha permissão. Se compartilhar(em) sem minha permissão, a lei federal poderá não proteger essas ações.

Concordo em permitir que a Outer Cape Health Services fale com meu(s) representante(s). Eu não preciso assinar este formulário para ter certeza de que receber o tratamento.

Nome das minhas informações (paciente): \_\_\_\_\_ Data de nascimento: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Representante(s) do paciente: Liste as pessoas que serão seus representantes do paciente. A equipe perguntará seu nome e data de nascimento antes de falar com seus representantes. Assegure-se de que eles tenham essas informações.

1. Nome do representante \_\_\_\_\_ Relação com o paciente: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_

2. Nome do representante \_\_\_\_\_ Relação com o paciente: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_

3. Nome do representante \_\_\_\_\_ Relação com o paciente: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_

Eu compreendo que, ao assinar abaixo, autorizo a Outer Cape Health Services a falar com meus(s) representantes(s) listado(s) acima sobre as minhas informações de saúde, sem restrições.

Assinatura do paciente ou representante legal

Data

Se assinado por representante legal, informe a relação com o paciente

Envie este formulário para o Departamento de Prontuários Médicos ou leve-o para a sua clínica:

Outer Cape Health Services

PO BOX 598 Harwich Port, MA 02642

Fax: (508) 487-6298

# Contrato de Tratamento, Pagamento e Dados

Nome do paciente: \_\_\_\_\_ Data de nascimento: \_\_\_\_\_

- Eu dou o meu consentimento e autorizo a Outer Cape Health Services a tratar qualquer condição médica ou de saúde mental, desde que o prestador tenha explicado minha condição para mim, os procedimentos de tratamento e os métodos alternativos de tratamento da minha condição. O prestador de assistência discutiu comigo os riscos previsíveis do tratamento acima descrito e que pode haver resultados indesejáveis.
- Eu compreendo que a Outer Cape Health Services opera uma clínica de assistência primária que integra serviços de saúde comportamental, o que significa que a equipe de saúde comportamental faz parte da minha equipe médica e experiência, e que ser atendido por um prestador de saúde comportamental durante a assistência primária pode resultar em cobranças adicionais ao meu seguro. Isso também pode resultar em copagamento ou cosseguro adicional. Eu confirmo que, em caso de cobertura insuficiente, serei responsável pelo saldo restante.
- Eu autorizo exames e tratamentos para esta e todas as consultas médicas ou de saúde mental subseqüentes.
- Li com atenção e compreendi totalmente este Formulário de Consentimento Informado e todas as minhas perguntas foram adequadamente respondidas.
- Eu compreendo que sou pessoalmente responsável por todas as cobranças e franquias. A assistência financeira está disponível para aqueles que se qualificam.
- Eu aceito total responsabilidade pelo pagamento dos serviços e/ou pela garantia de encaminhamentos necessários para cuidados primários ou pré-aprovações para consultas médicas. Se aplicável, eu compreendo que tenho a obrigação de obter um encaminhamento para serviços especializados pelo meu prestador primário de assistência (PPA) antes da prestação dos serviços. Eu reconheço que, se o encaminhamento/autorizações apropriados não estiverem arquivados no momento da prestação dos serviços, sou financeiramente responsável por quaisquer cobranças negadas pela minha operadora de plano de saúde como resultado.
- Eu sou pessoalmente responsável por fornecer informações precisas e atualizadas sobre o seguro.
- Autorizo uma fotocópia desta declaração para servir como original e o uso desta assinatura em todos os envios de seguro.
- Autorizo a divulgação de todas as informações necessárias para garantir o pagamento dos benefícios.
- Eu compreendo que a Outer Cape Health Services pode usar dados desenvolvidos e/ou fornecidos por clientes para determinar as características gerais das comunidades que atende e que nenhuma dessas informações identificará de forma alguma clientes individuais.
- Certifico que as informações acima são verdadeiras e corretas. Recebi uma cópia do Aviso de Práticas de Privacidade (HIPAA) e dos Direitos e Responsabilidades do Paciente da Outer Cape.

Assinatura do paciente \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

**Informações gerais:** O consentimento informado será obtido de todos os pacientes que acessam serviços/atividades médicas, de saúde comportamental e/ou de pesquisa. O consentimento informado não é apenas um documento assinado. É um processo contínuo que considera as necessidades e preferências do paciente, **o respeito às leis e regulamentos e a educação do paciente.**

O paciente e/ou a família, conforme apropriado, receberão informações sobre:

- A condição do paciente;
- Tratamentos, procedimentos ou atividades de pesquisa propostos
- Potenciais benefícios e desvantagens dos tratamentos ou procedimentos propostos;
- Problemas relacionados à recuperação;
- Tratamento(s) ou procedimento(s) alternativo(s);
- O médico ou outro profissional responsável pelo cuidado do paciente;
- Outros que autorizam ou realizam procedimentos ou tratamentos; e
- Quaisquer relações comerciais entre indivíduos que tratam o paciente ou entre a organização e qualquer outra unidade de saúde.

A Outer Cape Health é parte de um acordo organizado de assistência médica que inclui participantes da OCHIN. Uma lista atualizada dos participantes da OCHIN está disponível em [www.ochin.org](http://www.ochin.org). Como parceira comercial da Outer Cape Health, a OCHIN fornece tecnologia da informação e serviços relacionados à Outer Cape Health e a outros participantes da OCHIN. A OCHIN também participa de atividades de avaliação e melhoria da qualidade em nome de seus participantes. Por exemplo, a OCHIN coordena as atividades de revisão clínica em nome das organizações participantes para estabelecer padrões de boas práticas e acessar benefícios clínicos que podem ser derivados do uso de sistemas

eletrônicos de registro de saúde. A OCHIN também ajuda os participantes a trabalharem de forma colaborativa para melhorar a gestão de encaminhamentos internos e externos de pacientes. Suas informações de saúde podem ser compartilhadas pela Outer Cape Health com outros participantes da OCHIN quando necessário para fins de operação de assistência médica do acordo de assistência médica organizado.

As informações em seu prontuário médico são confidenciais e protegidas pelas leis federais e de Massachusetts. Seu consentimento por escrito será necessário para a divulgação de informações, exceto em determinadas circunstâncias em que o consentimento não é legalmente exigido.