



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!



AVISO DE PRÁTICAS DE PRIVACIDADE

Suas informações. Seus direitos. Nossas responsabilidades.

ESTE AVISO DESCREVE COMO INFORMAÇÕES DE SAÚDE 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 suas informações de saúde das seguintes maneiras:

Para fornecer tratamento a 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 faz 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. Como parceira comercial da Outer Cape Health Services, a OCHIN fornece tecnologia da informação e serviços relacionados à Outer Cape Health Services 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. As 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 uso abusivo 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.

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. Por exemplo: usamos informações de saúde sobre você para gerenciar o seu tratamento e os serviços.

Para cobrar pelos nossos serviços - Podemos usar e compartilhar suas informações de saúde para cobrar e coletar pagamentos de planos de saúde ou entidades. Por exemplo: damos informações sobre você ao seu plano de seguro saúde para que ele pague pelos seus serviços.

Para entrar em contato com você - Podemos usar suas informações de saúde para entrar em contato com você para tratar de informações sobre tratamento e instruções de assistência de acompanhamento ou tratar de informações sobre os serviços que fornecemos. Por exemplo, podemos entrar em contato com você para tratar de consultas agendadas ou canceladas, atualizações de registro ou seguro, questões de faturamento ou pagamento, avaliação pré-procedimento, pesquisas de satisfação ou resultados de exames.

De que outra forma podemos compartilhar as suas informações? - Podemos ou somos solicitados a compartilhar suas informações de outras formas – normalmente, maneiras que contribuam para o bem comum, como saúde pública e pesquisa. Devemos atender a muitos requisitos legais antes de compartilhar as suas informações para esses propósitos. 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.
- Prevenção ou redução de uma grave ameaça à saúde ou segurança de qualquer pessoa

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 podemos compartilhar informações de saúde com um investigador forense, médico legista ou agente funerário quando uma pessoa morre.

Atender indenizações trabalhistas, solicitações policiais e outras solicitações governamentais

- Reivindicações de indenização trabalhista
- Para fins de aplicação da lei ou 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 judiciais e ações legais - Podemos compartilhar informações de saúde sobre você em um tribunal ou ordem administrativa, ou em resposta a uma intimação (a menos que se apliquem padrões estatais mais estritos que evitem tais divulgações).

Em geral, solicitaremos o seu consentimento por escrito ou uma ordem do juiz antes de compartilharmos algumas informações confidenciais sobre você, como:

- Prontuários de uso de álcool e substâncias - Consulte o AVISO DE PROTEÇÕES ADICIONAIS SOBRE OS PRONTUÁRIOS DE TRANSTORNOS RELACIONADOS AO USO DE SUBSTÂNCIAS anexados no final deste Aviso.
- Informações relacionadas à AIDS, ARC ou HIV, inclusive, entre outras coisas, status ou resultados de exames, independentemente de o resultado do exame ser positivo ou negativo.
- Doenças sexualmente transmissíveis
- Resultados de exames genéticos
- Consentimento para aborto
- Aconselhamento da vítima por violência doméstica ou agressão sexual
- Determinada documentação de psicoterapia
- Comunicações com profissionais e assistentes sociais de saúde mental

- **Alguns programas de fundos federais e estaduais.** Somos associados a diversas agências federais e estaduais, e, como tal, se você for cliente de uma ou mais dessas agências, suas informações não identificadas podem ser compartilhadas com essas agências conforme permitido por lei, mediante solicitação das agências.

NOSSAS RESPONSABILIDADES

- Somos obrigados por lei a manter a privacidade e a segurança de suas informações de saúde protegidas.
- Informaremos a você prontamente se ocorrer uma violação que possa ter comprometido a privacidade ou a segurança de suas informações.
- Seguiremos os deveres e as práticas de privacidade descritos neste Aviso e forneceremos uma cópia a você.
- 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. Caso aceite, você poderá mudar de ideia a qualquer momento. Informe-nos por escrito se mudar de ideia.

Para mais informações, consulte: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html.

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.

Medidas de proteção física, como sistemas de arquivamento seguros e áreas com 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 os 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

No que se refere às suas informações de saúde, você tem certos direitos. Esta seção explica os seus direitos e algumas responsabilidades úteis para você.

Obter uma cópia eletrônica do seu prontuário médico - Você pode pedir para ver ou obter uma cópia eletrônica ou impressa do seu prontuário médico e de outras informações de saúde que temos sobre você. Basta nos perguntar como fazer isso. Forneceremos uma cópia ou um resumo das suas informações de saúde, normalmente em até 30 dias após a solicitação. Podemos cobrar uma taxa razoável baseada no custo.

Solicitar a correção de seu prontuário médico - É possível solicitar a correção de suas informações caso tenha a impressão de que estão incorretas. Basta nos perguntar como fazer isso. Podemos “recusar” a sua solicitação, mas informaremos por escrito em até 60 dias.

Solicitar comunicações confidenciais - É possível solicitar que entremos em contato com você de uma forma específica, por exemplo, telefone residencial ou comercial, ou enviar correspondência para um endereço diferente. Responderemos “afirmativamente” a todos os pedidos razoáveis.

Pedir para limitarmos o que compartilhamos -

- Você pode nos pedir para não usar ou compartilhar certas informações de saúde para tratamento, pagamento ou operações. Não somos obrigados a concordar com a sua solicitação e podemos “recusá-la” se isso afetar a sua assistência.
- Se você pagar integralmente, do próprio bolso, por um serviço ou item de cuidados de saúde, poderá solicitar que não compartilhem essas informações com seu plano de saúde para fins de pagamento ou de nossas operações. Responderemos “afirmativamente”, 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 (relatório) das vezes em que compartilhamos suas informações de saúde nos últimos 6 anos anteriores à data da sua 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 solicitar uma cópia impressa deste aviso a qualquer momento, mesmo que tenha concordado em receber o aviso eletronicamente. Nós forneceremos a você uma cópia impressa imediatamente. **Escolher alguém para agir em seu nome** - Se tiver fornecido a alguém uma procuração para assuntos médicos ou se alguém é o seu responsável legal, essa pessoa poderá exercer os seus direitos e fazer escolhas sobre as suas informações de saúde.

Nós nos certificaremos de que a pessoa tenha essa autoridade e possa agir em seu nome antes de adotarmos qualquer medida.

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:

- Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos EUA para Direitos Civis, 200 Independence Avenue, SW, Washington DC 20201, 1-877-696-6775 ou 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 ESCOLHAS

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

Nesses casos, você tem o direito e a escolha de nos informar:

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

Se você não for capaz de nos indicar sua preferência, por exemplo, se estiver inconsciente, podemos seguir em frente e compartilhar as suas informações se acreditarmos que é do seu interesse. Também podemos compartilhar informações quando necessário para evitar uma ameaça grave e iminente à saúde ou à segurança.

Nesses casos, nunca compartilhamos as suas informações, a menos que você nos forneça uma permissão por escrito ou uma declaração formal (quando exigido por lei):

- Finalidades de marketing
- Venda de suas informações
- A maioria dos casos de compartilhamento de notas de psicoterapia

Se não quiser ser contatado sobre arrecadação de fundos, entre em contato com o Responsável pela 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.

Entre em contato conosco

Se você tiver dúvidas sobre este Aviso de Práticas de Privacidade, entre em contato com o nosso Responsável pela Privacidade pelo telefone Compliance@OuterCape.org.

AVISO DE PROTEÇÕES ADICIONAIS DE PRONTUÁRIOS DE TRANSTORNO POR USO DE SUBSTÂNCIAS

O nosso Aviso de Práticas de Privacidade HIPAA (“HIPAA NPP”) aplica-se a todos os nossos pacientes. Se você receber tratamento, diagnóstico ou encaminhamento para tratamento em um de nossos Programas designados de Transtorno por Uso de Substâncias (“Programas Parte 2”), a confidencialidade dos seus prontuários em tais programas (“Registros da Parte 2”) estão sujeitas a outras proteções segundo a lei e regulamentos federais 42 U.S.C. § 290dd-2, 42 U.S.C. 290ee-3 e 42 C.F.R. Parte 2 (“Parte 2”).

ESTE AVISO COMPLETA O HIPAA NPP E DESCREVE:

- I. COMO OS SEUS PRONTUÁRIOS DA PARTE 2 PODEM SER USADOS E DIVULGADOS,
- II. SEUS DIREITOS EM RELAÇÃO AOS PRONTUÁRIOS DA PARTE 2, E
- III. COMO REGISTRAR UMA RECLAMAÇÃO SOBRE UMA VIOLAÇÃO DE PRIVACIDADE OU SEGURANÇA DE SEUS PRONTUÁRIOS DA PARTE 2 OU DE SEUS DIREITOS RELATIVOS AOS SEUS PRONTUÁRIOS DA PARTE 2.

VOCÊ TEM DIREITO A UMA CÓPIA DESTA AVISO (EM FORMATO IMPRESSO OU ELETRÔNICO) E TAMBÉM TEM DIREITO FALAR SOBRE ELA COM O RESPONSÁVEL PELA PRIVACIDADE EM COMPLIANCE@OUTERCAPE.ORG SE TIVER ALGUMA DÚVIDA.

I. USOS E DIVULGAÇÕES

Os nossos Programas Parte 2 podem usar e divulgar os seus prontuários da Parte 2 apenas como descrito nesta seção ou com o seu consentimento por escrito.

(A) Usos permitidos e divulgação de prontuários da Parte 2 sem consentimento

- Para se comunicar com outros membros da equipe dentro do Programa Parte 2 que necessitem das informações no desempenho de suas funções para fornecer diagnóstico, tratamento ou encaminhamento para tratamento, ou com pessoas/escritórios com controle administrativo direto sobre o Programa Parte 2.
- Para organizações de serviços qualificados que nos prestem serviços ou em nosso nome.
- Para agências ou autoridades se você cometer, ou ameaçar cometer um crime em nossas instalações ou contra o nosso pessoal.
- Para relatar suspeita de abuso infantil e negligência de acordo com as leis estaduais.
- Para equipe médica em uma emergência médica sob certas condições.
- Para fins de pesquisa se determinadas condições forem atendidas.
- Para pessoal qualificado para fins de gestão e de auditoria financeira ou de avaliação de programas que concordem por escrito em cumprir com as limitações do uso e de novo compartilhamento das informações.
- Para uma autoridade de saúde pública, se as informações não estiverem devidamente identificadas.

(B) Usos e divulgações permitidos que exigem consentimento

- Para fins de tratamento, pagamento e operações de assistência médica.
- Nosso Programa Parte 2 solicitará que você forneça um único consentimento por escrito para todos os usos futuros ou divulgações de suas informações para fins de tratamento, pagamento e operações de saúde, a fim de garantir que você receba o mais alto nível de assistência coordenada. Se este consentimento não for assinado, não poderemos fornecer o tratamento a você. Este consentimento permanecerá em vigor até que você o revogue por escrito.
- Registros que são divulgados para nós ou para outro Programa Parte 2, entidade abrangida ou associação empresarial de acordo com o seu consentimento por escrito para tratamento, pagamento e operações de assistência médica podem ser divulgados posteriormente por nós ou Programa Parte 2, entidade abrangida ou associação empresarial, sem o seu consentimento por escrito, na medida em que os regulamentos HIPAA permitem tal divulgação.
 - O nosso Programa Parte 2 pode fazer usos e divulgações não descritas neste aviso apenas com o seu consentimento por escrito.

(C) Direito de revogar ou retirar um consentimento

É possível revogar ou retirar o seu consentimento por escrito, a qualquer momento, ao enviar uma solicitação ao Programa Parte 2. Não usaremos nem divulgaremos mais seus Registros da Parte 2 após esse momento, exceto na medida em que já tenhamos agido com base neles.

Se você tiver recebido a determinação de fazer o tratamento pelo sistema jurídico criminal (inclusive tribunal de drogas, liberdade condicional ou liberdade assistida) e você assinar um consentimento autorizando as divulgações a elementos do sistema jurídico criminal, como o tribunal, agentes de liberdade condicional, agentes de liberdade assistida, promotores públicos ou outras forças da lei, o seu direito de revogar o consentimento pode estar mais limitado, e ele deve ser claramente explicado no consentimento que você assinar.

(D) Usos ou divulgações em procedimentos legais

Seus Registros da Parte 2, ou depoimentos que relatem o conteúdo desses registros, não devem ser usados nem divulgados em quaisquer processos civis, administrativos, criminais ou legislativos contra você, a menos que você forneça um consentimento específico por escrito ou uma ordem judicial compatível com a Parte 2 autorize tal divulgação.

Os Registros da Parte 2 só poderão ser usados ou divulgados com base em uma ordem judicial, após você e/ou nosso Programa da Parte 2 receberem notificação e oportunidade de se manifestar, quando exigido pelos §§ 42 U.S.C. 290dd-2 e 42 CFR Parte 2.

Uma ordem judicial que autoriza o uso ou a divulgação deve ser acompanhada de uma intimação ou outro mandato legal semelhante, divulgação persuasiva antes que o registro seja usado ou divulgado.

II. Seus direitos relacionados aos seus Registros da Parte 2

Como paciente do nosso Programa Parte 2, você tem todos os direitos listados no HIPAA NPP, inclusive o direito de solicitar restrições às divulgações feitas com consentimento prévio para fins de tratamento, pagamento e operações de assistência médica. Você também tem o direito de receber um relatório de divulgações de prontuários eletrônicos da Parte 2 feitas com seu consentimento nos últimos 3 anos, incluindo divulgações para tratamento, pagamento e operações de saúde, quando tais divulgações forem realizadas por meio de um prontuário eletrônico.

III. Como fazer uma reclamação

Consulte o HIPAA NPP para obter mais informações sobre como fazer uma reclamação.

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		
Gênero designado no nascimento ☐ Masculino ☐ Feminino ☐ Intersexual ☐ Não registrado na certidão de nascimento ☐ Não sei/não tenho certeza do meu gênero no nascimento ☐ Prefiro não responder ☐ Outro _____	Gênero legal ☐ Masculino ☐ Feminino ☐ Não binário ☐ Outro _____	Pronomes ☐ Ela/dela ☐ Ele/dele ☐ Elu/delu ☐ Nome do paciente ☐ Prefiro não responder ☐ Meus pronomes não estão listados
Orientação sexual ☐ Assexuado ☐ Pansexual ☐ Bissexual ☐ Queer ☐ Homossexual ☐ Eu não sei ☐ Heterossexual ☐ Prefiro não responder ☐ Onissexual ☐ Outro _____		Identidade de gênero ☐ Masculino ☐ Genderqueer ou não binário ☐ Feminino ☐ Prefiro não responder ☐ Mulher transgênero ☐ Outro _____ ☐ Homem transgênero ☐ 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: ()	Preferências de comunicação Assinale todas as opções que se aplicam: ☐ Correio ☐ MyChart ☐ E-mail ☐ Telefone <i>Lembrete de consulta padrão para mensagem de texto. Assinale se você prefere chamadas telefônicas.</i> ☐		
Endereço de e-mail	Você gostaria de se inscrever no MyChart? ☐ Sim ☐ 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)

- | | | |
|--|---|--|
| ☐ Indígena americano ou nativo do Alasca
Especifique _____ | ☐ Havaiano nativo ou nativo das ilhas do Pacífico
Especifique _____ | ☐ Outro
Especifique _____ |
| ☐ Asiático
Especifique _____ | ☐ Branco | ☐ Prefiro não responder |
| ☐ Negro ou afro-americano | | ☐ 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	
Médico	Nome do plano _____ Assinante nº _____ Nome do assinante _____ Data de nascimento: _____ Endereço do assinante _____
Secundário	Nome do plano _____ Assinante nº _____ Nome do assinante _____ Data de nascimento: _____ Endereço do assinante _____
Visão	Nome do plano _____ Assinante nº _____ Nome do assinante _____ Data de nascimento: _____ Endereço do assinante _____

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

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	

RECEITAS, MEDICAMENTOS DE VENDA LIVRE E PRODUTOS À BASE DE PLANTAS

Nome	Dose	Frequência

ALERGIAS A MEDICAMENTOS

Medicamento	Reação

ALERGIA A ALIMENTOS E FONTES AMBIENTAIS

Fonte	Reação

HISTÓRICO SOCIAL/HÁBITOS DE SAÚDE E SEGURANÇA PESSOAL

Profissão: _____

Situação de moradia: _____

Estado civil ☐ Solteiro ☐ Casado ☐ União estável ☐ Separado ☐ Divorciado ☐ Viúvo

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

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

Protegido pela lei estadual: insira as iniciais abaixo	
Tratamento de abuso de álcool e/ou	Eu autorizo. Inicial: _____
HIV/doença transmissível*	Eu autorizo. Inicial: _____
Testes genéticos	Eu autorizo. Inicial: _____
Serviços de saúde mental	Eu autorizo. Inicial: _____
(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)	

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

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

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 subsequentes.
- 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. 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.