



Informações de	Sobrenome		Nome		Primeira letra do nome do meio		Data de nascimento:	
							mês/dia/ano	
Endereço		n. da unidade		Cidade		Estado		ZIP
Telefone 1 (casa):		Contato principal? <input type="checkbox"/>		Telefone 2 (celular):		Contato principal? <input type="checkbox"/>		Telefone 3 (trabalho):
								Contato principal? <input type="checkbox"/>
O telefone 1 pode receber mensagens CONFIDENCIAIS:			O telefone 3 pode receber mensagens CONFIDENCIAIS:			O telefone 3 pode receber mensagens CONFIDENCIAIS:		
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
Como pretende receber lembretes e notificações? <input type="checkbox"/> Texto <input type="checkbox"/> Mensagem do voz (se for mensagem de voz, selecionar: <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabalho)								

Cont	Contato de emergência 1:		Relação:		Telefone 1: <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabalho	
	Nome:				Telefone 2: <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabalho	
	Para o contato de emergência 1, o CIFC Health pode: (1) deixar uma mensagem detalhada com eles? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO (2) informar ou divulgar as suas informações médicas? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO (3) Entrar em contato com esta pessoa em caso de emergência? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO					
Cont	Contato de emergência 2:		Relação:		Telefone 1: <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabalho	
	Nome:				Telefone 2: <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabalho	
	Para o contato de emergência 2, o CIFC Health pode: (1) deixar uma mensagem detalhada com eles? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO (2) informar ou divulgar as suas informações médicas? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO (3) Entrar em contato com esta pessoa em caso de emergência? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO					

Você tem seguro de saúde? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		Podemos ajudá-lo a solicitar um? : <input type="checkbox"/> Husky/Medicaid <input type="checkbox"/> Health Insurance – Access Health CT <input type="checkbox"/> Assistência financeira – O nosso programa interno de escala proporcional à renda.	
Que farmácia utiliza?		Quem é o seu médico de cuidados primários?	

Seguro	Seguro principal:		Nome da empresa		Número de ID		Número do grupo	
	Informações do tomador de seguro:							
	Sobrenome		Nome		Data de nascimento (mês/dia/ano)		Relação com o paciente	
	Endereço		Apt/Andar		Cidade		Estado ZIP	
	Seguro Secundário:		Nome da empresa		Número de ID		Número do grupo	
	Informações do tomador de seguro:							
Sobrenome		Nome		Data de nascimento (mês/dia/ano)		Relação com o paciente		
Endereço		Apt/Andar		Cidade		Estado ZIP		

*Informações Necessárias	Sexo atribuído no nascimento:		Orientação sexual:		Estado civil		Status empregafício:		Etnia: Hispânica: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Latino: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Recusar responder: <input type="checkbox"/>		Outras perguntas: (obrigatórias)	
	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino		<input type="checkbox"/> Gay/lésbica/homossexual <input type="checkbox"/> Heterossexual <input type="checkbox"/> Bissexual <input type="checkbox"/> Não sei <input type="checkbox"/> Recusar responder <input type="checkbox"/> Outros: _____		<input type="checkbox"/> Solteiro(a) <input type="checkbox"/> Separado(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> União civil <input type="checkbox"/> Viúvo(a)		<input type="checkbox"/> Aposentado(a) <input type="checkbox"/> Empregado(a) - Tempo integral <input type="checkbox"/> Empregado(a) - Tempo parcial <input type="checkbox"/> Autônomo <input type="checkbox"/> Desempregado(a) <input type="checkbox"/> Estudante - Tempo integral <input type="checkbox"/> Estudante - Tempo parcial		Raça: <input type="checkbox"/> Branco <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Nativo Americano/Alasca <input type="checkbox"/> Negro/Afro Americano <input type="checkbox"/> Descendente das Ilhas do Pacífico (perto da Ásia) <input type="checkbox"/> Outro: _____ <input type="checkbox"/> Recusar responder		Deseja tradutor? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Você e Veterano? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO No momento, você está Desabrigado? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Quantas pessoas moram na sua casa? _____	
	Identidade de gênero: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Transgênero FTM (Feminino para Masculino) <input type="checkbox"/> Transgênero MTF (Masculino para Feminino) <input type="checkbox"/> Nenhum <input type="checkbox"/> Outros: _____ <input type="checkbox"/> Recusar a resposta								Preferência de idioma: <input type="checkbox"/> English <input type="checkbox"/> Português <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Outro: _____		*Renda anual: (todas as pessoas da casa) _____	

Acesso	E-mail:		Este e-mail concede-lhe acesso às suas informações de saúde, incluindo compromissos e notas de visita. Você pode utilizar a sua conta segura num navegador ou na nosso aplicativo móvel criptografado.	
	Se NÃO QUIER TER ACESSO às suas informações de saúde desta forma, você pode RECUSAR O SEU ACESSO marcando esta caixa:			

*O CIFC Health recebe subsídios federais que exigem esta informação. – Nota: O rendimento familiar inclui salários sem descontos de impostos e deduções de todas as pessoas que moram na sua casa - ainda que não haja grau de parentesco.

- **Incluir:** Salários, renda de desemprego, gorjetas, segurança social (SSI & SSDI), assistência pública (TANF), aposentadoria/pensão, renda de aluguel, renda de juros, renda da sustentação da criança, renda da pensão alimentícia para todas as pessoas que ocupam uma unidade de lar (casa ou apartamento) tendo ou não grau de parentesco.
- **Não inclui:** cupons de comida (SNAP), Seção 8 ou Assistência de Habitação.

Assinatura do paciente/encarregado de educação: _____ **Data:** _____

Acordo financeiro e atribuição de benefícios:

- Autorizo a apresentação de um pedido de pagamento à Medicare, Medicaid ou qualquer outro ordenante por quaisquer serviços que me sejam prestados ou aos meus filhos com menos de 18 anos de idade, conforme indicado na ficha demográfica, agora, no passado ou no futuro.
- Compreendo e concordo que sou, em última análise, responsável pelo equilíbrio de mim próprio e de todos os meus filhos identificados com menos de 18 anos de idade, tal como consta do balanço demográfico de quaisquer serviços profissionais prestados e, em alguns casos, posso ser responsável por um montante além do que foi pago pelo meu seguro.
- Autorizo o pagamento dos meus benefícios médicos a serem enviados diretamente para o CIFC Health ou para os prestadores individuais de serviços prestados para mim e para todos os filhos com menos de 18 anos de idade identificadas, conforme indicado na ficha demográfica. Se a minha solicitação de seguro for negada por falta de elegibilidade ou rescisão da cobertura, compreendo que me responsabilizarei e tenciono efetuar o pagamento de qualquer saldo devido nesses casos.
- Autorizo o CIFC Health a recorrer de recusas de pagamento ou outras decisões adversas em meu nome sem autorização adicional. Autorizo e oriento qualquer titular de informações médicas ou de outra documentação relevante sobre mim a divulgar essas informações ao CIFC Health e aos seus agentes de faturação, aos Centros de Medicare e Medicaid Services e/ou a quaisquer outros pagadores ou seguradoras, E seus respectivos agentes ou contratantes, conforme seja necessário para determinar esses ou outros benefícios a pagar por quaisquer serviços que me tenham sido prestados pelo CIFC Health, no passado, agora ou no futuro.

Pessoa responsável pelo pagamento: Paciente Pai ou mãe/Tutor Cônjuge Outros:

Sobrenome _____ Nome _____ Inicial _____ Telefone _____ Data de nascimento: (mês/dia/ano) _____

Endereço Apt/Andar Cidade Estado ZIP _____

Assinatura do paciente/tutor: _____ **Data:** _____

Autorização de tratamento

Autorizo o pessoal do CIFC Health a prestar tratamento médico, dentário e comportamental para a saúde e administração de vacinas. Para emergências em que não posso ser alcançado, autorizo os meus dependentes menores a serem tratados para as condições de emergência.

Assinatura do paciente/tutor: _____ **Data:** _____

Registros de saúde

Autorizo a CIFC Health a obter as minhas informações de saúde, incluindo a utilização de entidades de intercâmbio eletrônico de informações de saúde (HIEs), através das quais as minhas informações de saúde podem ser recebidas e/ou compartilhadas eletronicamente com profissionais externos de saúde para efeitos dos cuidados da minha saúde.

Assinatura do paciente/tutor: _____ **Data:** _____

Se NÃO desejar participar da Commonwell/Carequality, você pode RECUSAR marcando esta caixa:

O CIFC Health pode obter os meus registros médicos: _____

SIM - Formulário de autorização anexado.

NÃO - Não pretendo libertar ou não tenho registros médicos prévios para a libertação para o CIFC Health.

NOTA: Os registros médicos em falta e o histórico de saúde aumentam os riscos das complicações do tratamento por parte dos pacientes.

CIFC Health Office Use Only:

(Card Copies for relevant Patient/Authorized Rep/Guardian)

1. Photo ID was: <input type="checkbox"/> Copied/Scanned <input type="checkbox"/> On File & CONFIRMED	2. Insurance Card was: <input type="checkbox"/> Copied/Scanned <input type="checkbox"/> On File & CONFIRMED <input type="checkbox"/> Not with Patient Today	3. Documents Given <input type="checkbox"/> Welcome Letter/PCMH Packet <input type="checkbox"/> ROI Update	4. Financial Assistance Eligibility <input type="checkbox"/> Has current card: __/__/__ (expiration date) <input type="checkbox"/> Has appointment: __/__/__ <input type="checkbox"/> Not currently eligible
5. Data Consent: <input type="checkbox"/> Opt in/out was identified	<input type="checkbox"/> Response was documented in eCW		
CIFC Health staff recipient's name: _____	staff signature: _____	date received & signed: _____	

Formulário de consentimento HIPAA do paciente:

Autorizo o uso ou divulgação de minhas informações de saúde protegidas (PHI) pelos provedores médicos e funcionários para fins de diagnóstico ou fornecimento de tratamento para mim, obtenção de pagamento para minhas contas de saúde ou realização das operações de cuidados de saúde do CIFC Health. Compreendo que o diagnóstico ou tratamento de mim por parte dos prestadores de cuidados médicos no CIFC Health pode ser condicionado com o meu consentimento, como evidenciado pela minha assinatura neste documento.

O meu PHI "informação de saúde protegida" significa informação de saúde, incluindo a minha informação demográfica recolhida junto de mim e criada ou recebida pelo meu médico, outro prestador de cuidados de saúde, um plano de saúde, o meu empregador ou uma câmara de compensação de cuidados de saúde. Esta informação de saúde protegida está relacionada com a minha saúde física ou mental passada, presente ou futura e com a condição e os dados que me identificam ou existe uma base razoável para acreditar que a informação pode identificar-me.

Compreendo que tenho o direito de solicitar uma restrição quanto à forma como o meu PHI é utilizado ou divulgado para efetuar operações de tratamento, pagamento ou cuidados de saúde desta prática. O CIFC Health não é obrigado a concordar com as restrições que posso solicitar. No entanto, se o CIFC Health concordar com uma restrição que eu solicito, a restrição é vinculativa para os membros e empregados do CIFC Health.

Tenho o direito de revogar este consentimento, por escrito, a qualquer momento, exceto na medida em que um fornecedor de CIFC Health tivesse tomado medidas para o CIFC Health relativamente a este consentimento.

Compreendo que tenho o direito de rever a Declaração de Privacidade do CIFC Health antes de assinar este documento. A Declaração de Privacidade do CIFC Health foi-me disponibilizada e descreve os tipos de utilizações e divulgações do meu PHI que ocorrerão no meu tratamento, pagamento das minhas contas ou no desempenho das operações de cuidados de saúde (TPO) do CIFC Health. Descreve os meus direitos e os deveres do CIFC Health em relação à minha informação de saúde protegida. Uma cópia deste Aviso de Privacidade está publicada na sala de espera.

O CIFC Health reserva-se o direito de alterar as práticas de privacidade descritas na Declaração de privacidade. Posso obter uma Declaração de Privacidade revista ligando para o escritório e contactando o Responsável pela Privacidade.

**Assinatura do
Paciente/Tutor:** _____

**Letra de imprensa
Nome:** _____

Data: _____

Office Use Only:

To be completed if the staff is unable to obtain a signature:

On ____/____/____, I attempted to obtain a written acknowledgement of receipt of the Privacy Notice from the above-named person but was unable to because:

- Patient declined to sign this Consent Form
 Patient did not understand this Consent Form
 Other [specify]: _____

Staff Member's Name: _____

Signature: _____

Date: _____



Tel.: (203) 743-0100

Fax: (866) 800-7321



CIFIC Health

120 Main Street, Danbury, CT 06810

70 Main Street, Danbury, CT 06810

152 West Street, Danbury, CT 06810

Autorização de Informações de Saúde

Sobrenome do paciente _____

Nome _____

Data de nascimento: _____

mês/dia/ano)

Autorizo o CIFIC Health a: **Obter** (Receber) **Dar** (enviar) **Compartilhar** (enviar e receber) **minhas informações de saúde com a pessoa/agência abaixo**

Pessoa/Agência:

Telefone _____

Fax _____

Endereço _____

n. da unidade _____

Cidade _____

Estado _____

ZIP _____

Informações a obter:

Notas/Relatórios/Testes

Outros: _____

do laboratório

Registos relacionados com

Notas da visita

o período de tratamento:

Relatórios de Raios X.

de: ____/____/____

Registros de

para: ____/____/____

Finalidade da utilização:

Solicitação do paciente

transferindo para outra prática

Novo paciente

Investigação legal ou ação

Movendo

Incapacidade

Escola

Segurança Social

Indicação de especialista

Seguro (exceto pagamento)

Pedido PCP

Outros: _____

AUTORIZAÇÃO ESPECÍFICA:

Ao assinar abaixo, autorizo especificamente a divulgação/recebimento de informações médicas históricas relativas a doenças sexualmente transmissíveis, HIV/AIDS, testes genéticas, saúde mental e abuso de substâncias (exceto conforme indicado neste formulário).

Excluir (não partilhar):

Testes genéticos

Saúde mental*(ver nº 4.)

Abuso de substâncias

Doenças Sexualmente

HIV/AIDS

Transmissíveis (DST)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

Ao assinar esta autorização, compreendo que:

1. A presente autorização caduca um ano a contar da data da assinatura.
2. Esta autorização pode ser revogada por escrito a qualquer momento mediante o preenchimento de um formulário de revogação CIFIC Health, exceto na medida em que já tenha sido tomada uma ação com base nesta autorização.
3. Posso inspecionar e copiar as informações a utilizar e a divulgar ao abrigo desta autorização e posso receber uma cópia deste formulário de autorização assinado. Pode haver uma taxa associada à cópia, para não exceder o que é autorizado pela lei do estado de Connecticut.
- *4. A divulgação/recebimento de notas de psicoterapia não pode ser autorizada por este formulário. É necessário um formulário separado para a recebimento/divulgação de notas de psicoterapia.
5. Não sou obrigado a assinar este formulário para receber tratamento, pagamento de cuidados, inscrição ou elegibilidade para benefícios.
6. As informações utilizadas ou divulgadas ao abrigo da presente autorização podem estar sujeitas a redivulgação pelo destinatário e não podem ser mais protegidas por regulamentos de privacidade.

AUTORIZAÇÃO:

O paciente está a assinar o consentimento

Tutor/Representante autorizado

Nome impresso _____

Assinatura do paciente _____

Data (mês/dia/ano) _____

Nome impresso do Rep. autorizado /Tutor _____

Assinatura do Rep. autorizado/Tutor _____

Data (mês/dia/ano) _____

Relação com o paciente: _____

Pai/mãe

Tutor

CIFIC Health Office Use:

(only required when records are hand delivered.)

CIFIC Health staff member verified the identity of the in-person recipient by:

Photo ID Photo on file

CIFIC Health member:

staff name: _____

signature: _____

date received & signed: ____/____/____

Notice to Recipient

As the recipient of this information, you may use this information only for the stated purposes. You may disclose this information to another party ONLY:

- With written authorization from the patient or the patient's legal representative;
- As required or authorized by state and/or federal law; or
- If urgently needed for the patient's continued care.

*** If this disclosure contains information relating to HIV, mental health, alcohol or drug abuse education, training, treatment, rehabilitation or research, the following applies:** The information has been disclosed to you from records whose confidentiality is protected by federal and/or state law. Federal regulations and/or state law prohibit you from making any further disclosure of it without specific written consent of the person to whom it pertains, or as otherwise permitted by such regulations. A general authorization for the release of medical or other information is NOT sufficient for this purpose.