CIFC Health

Informações do Paciente

Sobrenome:	Primeiro Nome:	I.N. (Inicial do nome do meio):	Data de Nascimento (mês/dia/ano):

Endereço:	Ap./Andar:	Cidade:	Estado:	CEP:

Farmácia Principal (incluindo endereço):	Doutor Primário:

Seguro

Você Possui Plano de Saúde? ☐ **SIM** ☐ **NÃO**

Se NÃO, gostaria de verificar se você se qualifica para? ☐ Plano de Saúde – Access Health CT ☐ Assistência Financeira (escala de pagamento variável)

PRINCIPAL

Nome da Empresa:	ID #:	Grupo #:

Sobrenome:	Primeiro Nome:	Data de Nascimento (mês/dia/ano):	Relação com o Paciente:

SECUNDÁRIO

Nome da Empresa:	ID #:	Grupo #:

Sobrenome:	Primeiro Nome:	Data de Nascimento (mês/dia/ano):	Relação com o Paciente:

Responsável pelo Pagamento

Responsável pelo Pagamento: ☐ Paciente (se marcado, pule para a próxima seção) ☐ Pai/Mãe ou Responsável ☐ Cônjuge ☐ Outro:_____

Sobrenome:	Primeiro Nome:	I.N. (Inicial do nome do meio):	Data de Nascimento (mês/dia/ano):	Telefone:

Endereço:	Ap./Andar:	Cidade:	Estado:	CEP:

Renda — A CIFC Health recebe subsídios federais que exigem que solicitemos esta informação.

Nº de Pessoas no Domicílio: _____	Renda Familiar: $_____	☐ Anualmente ☐ Mensal: Quantos meses/ano? _____ ☐ Semanal: Quantas semanas/ano? _____

Informações obrigatórias

Você Está em Situação de Rua?
☐ **SIM** (Selecione abaixo) ☐ **NÃO** (Pule abaixo)
- ☐ Compartilhando moradia (morando com outra família)
- ☐ Rua
- ☐ Abrigo para pessoas em situação de rua (estadias temporárias/pernoite)
- ☐ Transitório (moradia temporária prolongada)
- ☐ Outro: _____

Estado Civil:
- ☐ Solteiro(a)
- ☐ Separado(a)
- ☐ Divorciado(a)
- ☐ Casado(a)
- ☐ Juntos
- ☐ Viúvo(a)

Situação de Emprego:
- ☐ Aposentado(a)
- ☐ Empregado(a) – Tempo integral
- ☐ Empregado(a) – Meio período
- ☐ Autônomo(a)
- ☐ Desempregado(a)
- ☐ Estudante – Tempo integral
- ☐ Estudante – Meio período
- ☐ N/A (Criança)

Etnia:
Hispânico/Latino
- ☐ Sim

Qual país:

_____
- ☐ Não Hispânico/Latino
- ☐ Prefere não responder

Raça:
- ☐ Branco(a)
- ☐ Negro(a)/Afro-americano(a)
- ☐ Asiático(a):

Qual país: _____
- ☐ Nativo Americano/Alasca
- ☐ Nativo do Havaí
- ☐ Outro Ilhéu do Pacífico
- ☐ Prefere não responder

Sexo Atribuído ao Nascimento:
- ☐ Masculino
- ☐ Feminino

Você é Veterano(a)?
- ☐ SIM
- ☐ NÃO

Trabalhador Migrante:
☐ SIM ☐ NÃO

Trabalhador Temporári:
☐ SIM ☐ NÃO

Preferência de Idioma:
- ☐ Inglês
- ☐ Espanhol
- ☐ Português
- ☐ Outro: _____

Precisa de Tradutor?
- ☐ SIM
- ☐ NÃO

Assinatura do Paciente/Responsável:	**Data:**

CIFC Health Office Use Only:

1. Photo ID was:	2. Insurance Card was:	3. Documents Given:	4. Financial Assistance Eligibility:	5. Data Consent:
☐ Copied/Scanned	☐ Copied/Scanned	☐ Welcome Letter/PCMH Packet ☐ ROI Update (BH)	☐ Addressed	☐ Response documented in eCW

Staff Initials: _____