

DADOS DEMOGRÁFICOS DOS PACIENTES

Último: _____ Suffixo II III IV Jr Sr

Primeiro: _____ Inicial do meio: _____

Nome anterior: _____ Qual nome você gostaria que usássemos? _____

Endereço para correspondência: _____ Cidade: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Telefone Residencial: _____ Telefone Celular: _____ Telefone Comercial: _____

E-mail: _____

Data de nascimento (mo/day/yr): ____ / ____ / ____ Número de registro social: ____ - ____ - ____

Sexo no nascimento: Masculino Feminino

Identidade de Gênero (18 anos ou mais): Masculino Feminino Transgênero Masculino para Feminino
 Transgênero Feminino para Masculino Gênero queer Gênero adicional Optar por não divulgar

Sexual Orientation (18 anos ou mais): Hétero ou heterossexual Lésbicas/Gays Bissexual Optar por não divulgar
 Outros _____

Pronomes preferidos (18 anos ou mais): Eu/Tu/Ele Ela/ Nós /vós /Eles Elas
 Outro pronome (por favor especifique): _____

Estado civil: Solteiro(a) Casado(a) Separados legalmente Divorciado(a) Viúvo(a) Companheiro(a)

Idioma principal: Inglês Espanhol Português Língua Americana de Sinais (ASL) Outros _____

Raça: Afro-americano/Negro Índio Americano/Nativo do Alasca Asiático Indiano/Asiático Chinês Filipino Japonês
 Coreano Guamanês ou Chamorro Nativo do Havaí Outros asiáticos Outros ilhéus do Pacífico Samoano
 Vietnamita Branco

Ethnicity: Não hispânico/latino Hispânico/Latino Mexicana Mexicano-Americano Chicano/a Porto-riquenho Cubano

Status do aluno: Estudante em tempo integral Estudante a tempo parcial Não é um estudante

Status de emprego: Tempo integral Meio Período Autônomo Aposentado Desempregado

Nome da parte responsável (pessoa financeiramente responsável por quaisquer saldos do paciente): _____

Relacionamento com o paciente: _____ Data de nascimento da Parte Responsável (mês/dia/ano) ____ / ____ / ____

Endereço para correspondência: _____ Cidade: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Telefone da parte Responsável: _____

Contato de Emergência: _____ Número de telefone: _____ Relacionamento: _____

Estou interessado em saber mais ou em me inscrever em seu programa de desconto por taxa móvel.

Os dados sobre a renda familiar são necessários para que possamos obter financiamento federal e verificar se você se qualifica para o nosso programa de desconto por taxa variável. Suas informações pessoais não são compartilhadas com ninguém. Nós fornecemos as informações coletivamente como uma organização. Agradecemos sua ajuda. Selecione a faixa que melhor se adapta à renda de sua família.

- # Em Família _____
- \$0 - \$10,000 \$10,001 - \$20,000 \$20,001 - \$30,000
- \$30,001 - \$40,000 \$40,001 - \$50,000 \$50,001 - \$60,000
- \$60,001 - \$70,000 \$70,001 - \$80,000 \$80,001 ou mais
- Opte por não divulgar.

Endereço residencial (se o endereço para correspondência for uma caixa postal)

Nome da rua: _____ Cidade: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

INFORMAÇÕES DEMOGRÁFICAS
(Estas informações são apenas para fins demográficos.)

Status Militar : Veterano Não é um veterano

Você aluga ou é dono da sua casa/apartamento? Sim Não Se não, você vai ficar: Em um abrigo com Amigos/Família
 Alojamento de apoio permanente Alojamento transitório Rua Outros: _____

Você ou sua família estabeleceram uma residência temporária para trabalhar na agricultura? Sim Não

Nos últimos dois anos, você ou algum membro da sua família trabalhou na agricultura de forma sazonal? Sim Não

Registro de eleitores: Já registrado Gostaria de se registrar Não está interessado em se registrar

Como você ficou sabendo do Little River Medical Center? Billboard Jornal Família/Amigo Rádio

Hospital Outra prática médica Televisão Lista Telefônica Online/Website Mídia social

Community Event Outros _____

Você gostaria de usar Little River Medical Center como sua farmácia principal? Sim Não

Nome da farmácia preferencial: _____

Endereço da Farmácia: _____

Número de telefone da farmácia: _____

Nome do Paciente: _____

Data de nascimento: _____

Número da Conta: _____

MEDICAMENTOS ATUAIS

HISTÓRIA CIRÚRGICO

Sim	Não	
		Amígdalas
		Apêndice
		Vesícula biliar
		Hérnia
		Mama
		Histerectomia
		Laqueadura Tubária
		Cesariana
		D & C
		Coração

 Outros: _____

HISTÓRIA DA FAMÍLIA

(Algum membro da família tem algum desses problemas)

Sim	Não	
		Doença Arterial Coronariana
		Pressão Arterial Elevada
		Doenças Cardiovasculares
		Diabetes
		Câncer de mama
		Câncer de cólon
		Câncer de Próstata
		Asma
		Hiperlipidemia

 Outros: _____

HISTÓRICO MÉDICO ANTERIOR

(Have you had or presently have any of the following problems)

Sim	Não	
		Articulação Artificial
		Diabetes
		Tuberculose
		Câncer/quimioterapia
		Epilepsia (convulsão)
		Febre Reumática
		Sarampo alemão
		Hepatite (icterícia)
		Flebite (coágulo de sangue)
		Problema nervoso
		Pressão Arterial Elevada
		Pressão arterial baixa
		Anemia-Doença do Sangue
		Transfusão de sangue
		Asma/Febre do feno
		Colesterol
		Infecção vaginal frequente
		Doença venéreas
		HIV/AIDS
		Úlcera péptica/estômago
		Gota
		Cirurgia Cardíaca
		Doença cardíaca
		Murmúrio cardíaco
		Prolapso da válvula mitral
		Osteoporose
		Distúrbio cardíaco congênito
		Ataque cardíaco
		Marcapasso cardíaco
		Batimentos cardíacos irregulares
		Distúrbio de angina/dor no peito
		Artrite
		Derrame
		Sangramento excessivo
		Doença Falciforme
		Doença hepática
		Hepatite A, B, C

 Outros: _____

HISTÓRIA SOCIAL
 Solteiro Casado
 Separados Divorciado

 Você fuma: Sim Não

Há quantos anos: _____

Quantos por dia: _____

 Você bebe álcool: Sim Não

Quantos por semana: _____

 Você toma café: Sim Não

Xícaras por dia: _____

Você usa cinto de segurança:

 Sim Não

ALERGIAS
 Nenhuma alergia conhecida

 Penicilina

 Sulfa

 Anestésicos locais

 Ovos/productos de ovos

 Outros: _____

SOMENTE MULHERES

Data do último parto: _____

 Menstruação regular: Sim Não

 Menstruação irregular: Sim Não

Último período menstrual: _____

Número de gestações: _____

Número de filhos vivos: _____

Método contraceptivo: _____

Nome do Paciente: _____ Data de Nascimento: _____

Motivo principal para esta consulta odontológica: Exame Emergência Consulta

HISTÓRICO ODONTOLÓGICO

	Sim	Não	Descrição
Possui algum problema odontológico específico? (Se sim, descreva)			
Faz exames odontológicos regularmente?			Última consulta:
Acredita ter cárie ou gengivite ativas?			
Escova os dentes e usa fio dental regularmente?			
Suas gengivas sangram?			
Gosta do seu sorriso? Por quê?/Por que não?			
Fica com comida presa entre os dentes? Possui dentes moles?			
Deseja manter os dentes que possui?			
Já teve cliques, estalos ou desconforto na mandíbula? Possui bruxismo ou ranger de dentes?			
Suas experiências em consultórios anteriores foram todas positivas?			
Fuma ou masca tabaco? Alguma ferida ou crescimento anormal na boca?			
Nome do dentista anterior (opcional)			
Data da última radiografia panorâmica (16 filmes pequenos ou panorâmicos)			

HISTÓRICO MÉDICO

	Sim	Não	Descrição
Está sob cuidados médicos no momento? Por quê?			
Já foi hospitalizado(a) ou passou por cirurgia de grande porte? (Se sim, descreva)			
Já teve ferimentos graves na cabeça ou pescoço? (Se sim, descreva)			
Faz uso de medicamentos, pílulas, drogas ou fitoterápicos? (Se sim, liste-os)			
Segue alguma diet especial? (se sim, descreva)			
Possui alergia a alguma substância ou medicação? (Se sim, assinale)			<input type="radio"/> Aspirina <input type="radio"/> Penicilina <input type="radio"/> Codeína <input type="radio"/> Acrílico <input type="radio"/> Metal <input type="radio"/> Látex <input type="radio"/> Outro:
Deseja falar com o dentista em particular sobre quaisquer problemas?			
*Mulher (favor assinalar)			<input type="radio"/> Gestante/tentando engravidar <input type="radio"/> Amamentando <input type="radio"/> Tomando contraceptivos orais

Até onde sei, todas as anteriores estão corretas. Caso eu venha a ter quaisquer mudanças em meu estado de saúde ou caso meus medicamentos mudem, devo informar ao dentista e à equipe na próxima consulta sem falta.

Assinatura do Paciente/Responsável: _____ Data: _____

Revisado pelo(a) Médico (a): _____ Data: _____ PA: _____

Revisão do histórico e conclusões significativas:

ATUALIZAÇÕES MÉDICAS

Li meu HISTÓRICO MÉDICO da data de _____ e declaro que ele adequadamente relata condições passadas e presentes.

Data	Exceções	Assinatura do Paciente	PA	Revisado por (Médico)
	<input type="checkbox"/>	Nenhum		
	<input type="checkbox"/>	Nenhum		
	<input type="checkbox"/>	Nenhum		
	<input type="checkbox"/>	Nenhum		
	<input type="checkbox"/>	Nenhum		
	<input type="checkbox"/>	Nenhum		
	<input type="checkbox"/>	Nenhum		

Autorização para Liberação de Informações Médicas

Autorizo o LRMC a liberar qualquer informação médica pertinente ao pagamento de despesas médicas incorridas por mim para as operadoras de seguro abaixo ou seus intermediários, operadoras, agentes ou agentes de cobrança. Permito que uma cópia da autorização seja usada no lugar da solicitação original de pagamento dos benefícios do seguro médico para mim ou para a parte que aceita as atribuições.

Operadora de seguros _____ Data _____ Número da apólice _____

Operadora de seguros _____ Data _____ Número da apólice _____

Nome do titular do cartão: _____ SSN: _____ Relação com o Paciente: _____

Data de Nascimento do titular do cartão: _____ Número de telefone: _____ Telefone Celular: _____

CESSÃO DE BENEFÍCIOS DE SEGURO

Por meio deste instrumento, cedo meus direitos sob a apólice de seguro acima mencionada ao Little River Medical Center, incluindo, mas não limitado a, seguro médico e odontológico principal, benefícios hospitalares, benefícios por doença ou benefícios por acidente. No caso de um terceiro ser considerado responsável por quaisquer condições médicas, eu atribuo meus direitos sob um segurado, como seguro de automóvel, seguro de compensação de trabalhadores e/ou pagamentos mínimos de hospital médico ou invalidez, comumente chamados de "PIP", de acordo com a Seção 56-11*110 S.C. Código de Leis de 1976, conforme emendado, e o prosseguimento de todas as reivindicações resultantes da responsabilidade do terceiro pagável por qualquer pessoa, empregador, companhia de seguros para ou por mim, até o valor total das despesas médicas/odontológicas incorridas. Além disso, eu também garanto e declaro que qualquer seguro designado é válido e está em vigor.

RESPONSABILIDADE PESSOAL

Entendo expressamente que sou pessoalmente responsável pelo valor total das despesas médicas/odontológicas/de saúde comportamental incorridas por mim para atendimento e tratamento, seja em regime de internação ou ambulatorial. Qualquer pagamento recebido pelo Little River Medical Center como resultado da Autorização para Liberação de Informações Médicas e Cessão de Benefícios de Seguro acima será creditado em minhas contas, e eu serei pessoalmente responsável por todo o saldo remanescente em qualquer conta médica, de saúde comportamental ou odontológica do Little River Medical Center.

ATUALIZAÇÃO DE INFORMAÇÕES SOBRE SEGURO OU RENDA FAMILIAR

Sempre informarei o escritório do Little River Medical Center sobre todas as alterações de seguro e alterações ou atualizações de renda familiar. O não cumprimento dessa determinação pode resultar no (eu) _____ pagamento pelos serviços prestados em sua totalidade.

CONSENTIMENTO PARA ATENDIMENTO E TRATAMENTO MÉDICO/ODONTOLÓGICO/COMPORTAMENTAL/FARMACÊUTICO

Autorizo o Little River Medical Center a prestar atendimento e tratamento médico/odontológico conforme julgar apropriado, de acordo com as orientações do meu médico/dentista de atendimento primário e dos associados, parceiros ou designados que possam ser selecionados para realizar tal tratamento. Reconheço que, durante o curso do tratamento, podem surgir condições que exijam procedimentos ou serviços adicionais e, além disso, autorizo e solicito que meu médico/dentista e/ou associados, parceiros, assistentes ou designados, conforme possam ser escolhidos por ele, realizem tais procedimentos e serviços de acordo com seu melhor julgamento profissional.

Para fins de avanço do conhecimento médico, autorizo a admissão de estudantes de medicina, tradutores e observadores de acordo com os parceiros comuns deste estabelecimento médico Sim Não Autorizo os fabricantes de produtos farmacêuticos e seus auditores a acessar meus registros de farmácia como parte de minha participação em seu programa de assistência ao paciente, se eu participar de tal programa. Entendo que essas informações podem incluir medicamentos e informações de saúde protegidas. (_____) iniciais.

Eu, _____, dar consentimento para divulgar (a) todas as minhas informações pessoais de saúde (PHI) ou (b) apenas o seguinte PHI _____

Durante minha visita ao Little River Medical Center (LRMC), as seguintes pessoas poderão pegar meus medicamentos na farmácia do LRMC e receber resultados de PHI por telefone do LRMC:

Nome	Relacionamento	Número de telefone	Número de telefone celular

Eu, _____, Guardião legal da criança menor, _____, dou permissão para que o LRMC divulgue as PHI sobre o menor acima durante (a) consulta médica e/ou (b) por telefone para as seguintes pessoas, que também podem pegar o medicamento do menor na farmácia do LRMC:

Nome	Relacionamento	Número de telefone	Número de telefone celular

Esta autorização entrará em vigor e em vigência até: _____ quando esta autorização para divulgar essas informações expirar. Nenhuma garantia foi dada por qualquer pessoa com relação aos resultados que podem ser obtidos por qualquer tratamento ou procedimento realizado comigo. Ao assinar abaixo, o signatário certifica que os parágrafos anteriores foram lidos na íntegra e compreendidos pelo signatário e que todas as informações são verdadeiras.

Assinatura do paciente/responsável: _____ Data: _____

Testemunha: _____ Data: _____

Política de Pagamento do Little River Medical Center

Para que possamos continuar a atender às suas necessidades de saúde e às da sua família, pedimos que você cumpra nossa política de pagamento.

- O pagamento é devido e deve ser pago no momento em que o serviço é prestado. Quaisquer outras providências devem ser tomadas com o gerente do escritório comercial, ou pessoa designada, antes do atendimento.
- O Little River Medical Center se reserva o direito de controlar os agendamentos até que as providências financeiras tenham sido tomadas.
- O Little River Medical Center registrará pedidos de indenização de seguro somente com determinadas operadoras de seguro. A recepção discutirá sua política com você no momento de sua primeira visita. Dependendo de sua seguradora, um co-pagamento e/ou porcentagem pode ser exigido no momento do check-in.
- O Little River Medical Center não é responsável pelo acompanhamento com as operadoras de seguro. Quando o pagamento da seguradora não for recebido em até 45 dias após a apresentação do pedido, a parte responsável receberá uma declaração de que o pagamento será esperado em até 15 dias.
- Os pacientes que se qualificam para o nosso programa de taxa móvel são responsáveis pelo pagamento integral dos serviços ou taxas que foram definidos em uma escala móvel.
- O pagamento é esperado no momento do serviço. As formas de pagamento aceitas incluem dinheiro, cheque, Master Card e

VISA. O signatário reconhece que leu e concorda com a política de pagamento acima do Little River Medical Center.

Assinatura do paciente/responsável

Data

Reconhecimento das Práticas de Privacidade

Temos o compromisso de proteger suas informações pessoais de saúde em conformidade com a lei. O Aviso de Práticas de Privacidade em anexo afirma:

- Nossas obrigações legais com relação às suas informações pessoais de saúde.
- Como podemos usar e divulgar as informações de saúde que mantemos sobre você.
- Seus direitos relacionados às suas informações pessoais de saúde.
- Nossos direitos de alterar nosso Aviso de Práticas de Privacidade.
- Como registrar uma reclamação caso acredite que seus direitos de privacidade tenham sido violados.
- As condições que se aplicam aos usos e divulgações não descritos neste Aviso.
- A pessoa a ser contatada para obter mais informações sobre nossas práticas de privacidade.

Somos obrigados por lei a lhe fornecer uma cópia deste Aviso e a obter nossa confirmação por escrito de que você recebeu uma cópia deste Aviso.

Confirmação de recebimento pelo paciente

Eu, _____, Por meio deste documento, reconheço que recebi uma cópia do Aviso de Práticas de Privacidade.

Assinatura do paciente

Data

Assinatura do representante do paciente (se aplicável)

Data

Descrição da autoridade legal para agir em nome do paciente

Somente para uso interno / Interoffice Use Only

In lieu of patient signature, I, _____, a staff member of Little River Medical Center, stated that _____ has been given our current Notice of Privacy Practices.

Date: _____

Direitos e Responsabilidades do Paciente

O Little River Medical Center adotou os seguintes Direitos e Responsabilidades do Paciente. A saúde e o bem-estar dos pacientes dependem de um esforço colaborativo entre eles e seus provedores, de forma aberta e respeitosa. Espera-se que os pacientes entendam seus direitos e assumam certas responsabilidades.

Direitos do paciente:

Você tem o direito de:

Tratamento

- Receber tratamento sem discriminação quanto a raça, cor, religião, sexo, nacionalidade, deficiência, orientação sexual ou fonte de pagamento.
- Receber informações completas sobre seu diagnóstico, plano de tratamento e prognóstico.
- Receber atendimento de emergência, se necessário.
- Participar de todas as decisões sobre seu plano de tratamento e cuidados
- Recusar tratamento ou recusar-se a participar de pesquisas.
- Receber continuidade de atendimento pelo seu provedor, coordenando seu atendimento com outros profissionais de saúde quando necessário.
- Mudar de provedor se houver outros provedores qualificados disponíveis e selecionar uma farmácia de sua preferência.

Privacidade e confidencialidade

- Privacidade enquanto estiver no centro médico e confidencialidade de todas as informações e registros relativos ao seu atendimento.
- Revisar seus registros de saúde sem custo e obter uma cópia do seu registro de saúde pelo qual o centro médico pode cobrar uma taxa razoável. Não se pode negar uma cópia apenas porque você não tem condições de pagar.

Respeito mútuo e conduta

- Receber cuidados atenciosos e respeitosos em um ambiente limpo e seguro.

Comunicação e satisfação

- Receber todas as informações que precisa para dar seu consentimento informado para qualquer procedimento ou tratamento proposto. Essas informações devem incluir os possíveis riscos e benefícios do procedimento ou tratamento.
- Procurar assistência, como uma cadeira de rodas ou um intérprete, para facilitar a obtenção de cuidados.
- Expressar suas reclamações ou preocupações à Administração do LRMC ligando para 843-663-8306.

Responsabilidades do paciente:

Assuma as seguintes responsabilidades:

Histórico do paciente

- Fornecer informações precisas e completas sobre queixas atuais, doenças passadas, hospitalizações, medicamentos, alergias e outros assuntos relacionados à sua saúde.
- Informar alterações inesperadas em sua condição ao provedor ou a outros profissionais responsáveis por seus cuidados.

Compreensão de seus cuidados

- Indicar honestamente se você entende claramente o seu plano de cuidados e qual é o seu papel no plano.
- Seguir o plano de tratamento recomendado pela sua equipe de saúde.
- Se você não entender ou concordar com o seu plano de tratamento, converse com o seu provedor ou outro profissional de saúde responsável pelo seu tratamento.
- Manter seus compromissos ou ligar para cancelar ou remarcar sua consulta.

Respeito mútuo e conduta

- Seguir as regras e os regulamentos do centro médico com relação ao atendimento e à conduta do paciente (exemplos: Não fumar, não usar armas, etc.).
- Respeitar os direitos de outros pacientes e da equipe do centro médico.
- Ser respeitoso e usar linguagem e comportamento adequados com a equipe do centro médico, outros pacientes e visitantes

Obrigações financeiras

- Assegurar que as obrigações financeiras para seu tratamento sejam prontamente cumpridas, independentemente do tipo de seguro ou outra cobertura de saúde que você tenha.
- Notificar o LRMC se você estiver preocupado com dificuldades financeiras em relação a taxas e pagamentos, para que outros meios de pagamento e/ou programas de assistência financeira possam ser explorados.

Assinatura do paciente/Assinatura do representante do paciente

Data

CONSENTIMENTO PARA TRATAMENTO DENTÁRIO

Nome do paciente: _____ Data de nascimento: _____

Número de conta eCW: _____

Dou o meu consentimento para que eu/o meu filho receba tratamento dentário considerado necessário pelos prestadores do Little River Medical Center. Estes procedimentos incluem, mas não se limitam a, exames, radiografias, profilaxia oral (limpeza), tratamentos com flúor, selantes, restaurações (amálgama - obturações de prata, compósito - obturações brancas, e coroas - tampas), tratamentos periodontais (gengivas), tratamentos endodônticos (canais radiculares), extracções e o uso de anestésicos locais. Compreendo que a utilização de anestésicos locais acarreta um pequeno risco de inchaço, nódoas negras, reacções alérgicas, alterações na percepção da dor, anestesia prolongada (dormência) e parestesia (formigueiro/agulhas). Este consentimento será considerado em vigor até ser rescindido ou revogado.

_____ (Imprimir o seu nome)	_____ (Relacionamento)	_____ (Data)
_____ (Sua assinatura)	_____ (Testemunha)	_____ (Data)

Esta secção deve ser preenchida APENAS pelos pais ou pelo tutor legal no caso de menores de 18 anos.

Afirmo que sou o pai ou o tutor legal do filho menor acima mencionado. Se eu não puder acompanhar o meu filho, autorizo as pessoas abaixo indicadas a acompanharem o meu filho aos tratamentos dentários:

Nome: _____	Relacionamento: _____
Nome: _____	Relacionamento: _____
Nome: _____	Relacionamento: _____

O presente consentimento será considerado em vigor até ser rescindido ou revogado.