

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: \_\_\_\_\_

**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