|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Cadastro de Novo Paciente** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nome: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Nasc.: | | | | | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | |
| Número de Social Security: | | | | | | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Endereço: | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Cidade: | | | | | | | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | |
| Código postal: | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Telefone residencial: | | | | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | Celular: | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| E-mail: | | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | @ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Se você é menor de idade (menos de 18 anos), quem tem sua guarda? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
| Mãe | | | | | | | Pai | | | | | | | | | | | Ambos os pais | | | | | | | | DCF | | | | | | | Responsável Legal | | | | | |
| Nome (s): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |  | | | |
| Você é aluno da Fitchburg State University? | | | | | | | | | | | | | | | | Sim, moro no campus | | | | | | | Sim, moro fora do campus | | | | | | | | | | | | | | Não | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Como nos conheceu? | | | | | | | | | referência | | | | | | | | agência de serviços sociais | | | | | | | | amigo/família/vizinho | | | | | | | | | | |  | | |
|  | | | | | | | | | publicidade | | | | | | | | redes sociais | | | | | | | | outro | | | | | | | | | | |  | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Eu gostaria de receber serviços em: | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | Fitchburg CHC – 326 Nichols Rd, Fitchburg | | | | | | | | | | | | | | | | | Greater Gardner CHC – 175 Connors St, Gardner | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | ACTION CHC – 130 Water St, Fitchburg | | | | | | | | | | | | | | | | | South Gardner CHC – 529 Timpany Blvd, Gardner | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | Leominster CHC – 165 Mill St, Leominster | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Eu gostaria de receber: | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | Médico | | | | | | | | | | Saúde Comportamental | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | Odontologia | | | | | | | | | | Optometria | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Contato de emergência** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nome: | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | | | Relação: | | | | | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | |
| Telefone residencial: | | | | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | Celular: | | | | | | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Informações do seguro** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Médico** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Principal** | | | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | | | ID: | | | | | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | |
|  | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | Grupo nº.: | | | | | | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | |
|  | | | | | Assinante: | | | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | O Próprio | | | | |
|  | | | | | Nasc. do assinante: | | | | | | | | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Secundário** | | | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | | | ID: | | | | | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | |
|  | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Grupo nº.: | | | | | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | |
|  | | | | | Assinante: | | | | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | O Próprio | | | | |
|  | | | | | Nasc. do assinante: | | | | | | | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Optometria** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | | | ID: | | | | | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | |
|  | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | Grupo nº.: | | | | | | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | |
|  | | | | | Assinante: | | | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | O Próprio | | | | |
|  | | | | | Nasc. do assinante: | | | | | | | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Odontologia** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Principal** | | | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | | | ID: | | | | | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | |
|  | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | Grupo nº.: | | | | | | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | |
|  | | | | | Assinante: | | | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | O Próprio | | | | |
|  | | | | | Nasc. do assinante: | | | | | | | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | Empregador: | | | | | | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Secundário** | | | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | | | ID: | | | | | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | |
|  | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Grupo nº.: | | | | | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | |
|  | | | | | Assinante: | | | | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | O Próprio | | | | |
|  | | | | | Nasc. do assinante: | | | | | | | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ***Preenchi este formulário e certifico que sou o paciente ou seu representante devidamente autorizado.*** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | |
| Assinatura | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | Data | | | | | | |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | |
| Nome impresso | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | Relação | | | | | | |

Enquanto centro de saúde comunitário, todos os anos precisamos coletar dados sobre os pacientes que atendemos. Seus dados de identificação pessoal (nome e data de nascimento) são extremamente confidenciais, e não serão incluídos nos resultados da pesquisa nem repassados a nenhuma agência. (2023)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Qual é a sua identidade de gênero atual? (Selecione um):** | | | | | | | | | | | | | |
| Feminino | Masculino | | | | | Transgênero Masculino/Homem Transgênero | | | | | | | |
| Outra | Prefiro não revelar | | | | | Transgênero Feminino/Mulher Transgênera | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
| **Qual sexo lhe foi atribuído ao nascer, na sua certidão de nascimento original? (Selecione um):** | | | | | | | | | | | | | |
| Feminino | | Masculino | | |  | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
| **Você se considera (Selecione um):** | | | | | | | | | | | | | |
| Heterossexual | | | | | Lésbica, gay ou homossexual | | | | | | | Bissexual | |
| Outra coisa | | | | | Prefiro não revelar | | | | | | | Não sei | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
| **Qual(is) raça(s) que melhor lhe representa(m)? (Selecione todas as que se aplicam)** | | | | | | | | | | | | | |
| Asiático | | Outras Ilhas do Pacífico | | | | | | | Índio/Nativo americano ou Nativo do Alasca | | | | |
| Branco/caucasiano | | Preto/afro-americano | | | | | | | Havaiano nativo | | | Não relatado | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
| **Qual etnia que melhor lhe representa (Selecione uma):** | | | | | | | | | | | | | |
| Hispânico ou latino | | | | | Não Hispânico ou latino | | | | | | | Não relatado | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
| **Você é um Veterano?** | |  | | | Sim | | | | | Não | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
| **Que idioma você prefere?** | | | | |  | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
| **Quantos membros da sua família moram na sua casa?** | | | | | | | | | |  | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
| **Qual é a sua renda?** | | $ | | | | | | Por Ano | | | Por Mês | | Por Semana |
|  | | | | | | | | | | | | | |
| **Qual é o seu atual status de moradia?** | | | | | | | | | | | | | |
| Próprio ou aluguel | | | Abrigo para sem-teto | | | | | | | Estrutura permanente de suporte | | | |
| Dividindo casa | | | (Vivendo com outros em uma situação que é temporária e instável) | | | | | | | | | | |
| Alojamento transitório | | | (Estadia prolongada, mas temporária, em alojamento para transição do ambiente de rua) | | | | | | | | | | |
| Rua | | | (Moradia na rua, em veículo, acampamento, moradia/abrigo improvisado ou outros locais geralmente considerados inseguros ou impróprios para a ocupação humana) | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
| **O status da sua moradia é:** | | | | | Seção 8 | | | | | Moradia pública | | Não é moradia pública | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
| **Você é um trabalhador migrante?** | | | | Não | | |  | | | | | | |
|  | | | | Migratório | | | Empregado nos últimos 24 meses, com residência temporária estabelecida para emprego | | | | | | |
|  | | | | Sazonal | | | Empregado nos últimos 24 meses, numa base sazonal, sem se afastar da residência | | | | | | |