|  |
| --- |
| **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 |