



Community Health Connections

We take great care of you!

FORMULÁRIO DE INSCRIÇÃO DO PACIENTE

Data: _____

Como você ficou sabendo do nosso centro de saúde? Site da Internet Anúncio de ônibus Evento

Família/Amigo(a) Outro: _____

INFORMAÇÃO DO PACIENTE

Nome: _____ Data de Nascimento: _____

Endereço: _____

Cidade, Estado, CEP: _____

Número do Seguro Social: _____ Telefone (casa): _____

Telefone (trabalho): _____ Telefone (celular): _____

Email: _____

PREFERÊNCIA MÉDICA

Eu prefiro Médico Médica Eu não tenho preferência

(Opcional) Explicar outras preferências como, idade do médico, experiência com certas condições, etc.

LOCALIZAÇÃO Escolha uma das nossas clínicas

Fitchburg CHC 326 Nichols Rd., Fitchburg

Gardner CHC 175 Connors St., Gardner

Leominster CHC 165 Mill St., Leominster

ACTION CHC 130 Water St., Fitchburg

INFORMAÇÃO DE SEGURO DE SAÚDE

Você tem seguro de saúde? Sim Não

Nome da companhia do seguro de saúde: _____

Assinante: _____ Número de identificação _____

CONTATO DE EMERGÊNCIA

Nome: _____ Número de Telefone: _____

Relação: _____

Você tem um representante de saúde? Sim (Por favor, preencha o formulário de procuração de saúde anexado)

Não

Você atualmente recebe atendimento médicos ou psiquiátricos de outro médico(a)? Sim Não

Se sim, nome do médico(a): _____

Eu completei este formulário e certifico que sou o paciente ou o representante autorizado do paciente. Eu entendo que sou responsável pelo pagamento de serviços que o meu seguro não cobre.

Assinatura: _____ Data: _____

QUESTIONÁRIO DE SAÚDE

Por favor preencha completamente

Nome: _____ Data de Nascimento: _____

ALERGIAS a MEDICAÇÃO

MEDICAÇÃO	REAÇÃO A MEDICAÇÃO	ANO

IMUNIZAÇÃO (Por favor, forneça cópias de seus recordes de vacina)

SE VOCÊ TEVE CATAPORA, QUANDO?	
DATA DA ÚLTIMA VACINA CONTRA TÉTANO:	
DATA DA ÚLTIMA VACINA CONTRA PNEUMONIA:	
DATA DA ÚLTIMA VACINA CONTRA GRIPE:	

POR FAVOR, LISTA TODOS OS MEDICAMENTOS QUE VOCÊ TOMA ATUALMENTE

(Incluir medicação tomada sem receita médica)

NOME DO MEDICAMENTO	FORÇA	FREQUÊNCIA QUE TOMA

POR FAVOR, LISTA QUALQUER CIRURGIA OU DOENÇAS SÉRIA

CIRURGIA/DOENÇA	ANO	HOSPITAL E ESTADO

Nome: _____ Data de Nascimento: _____

POR FAVOR, VERIFIQUE SE VOCÊ TEVE ALGUM DOS SEGUINTES

ANEMIA	CÂNCER DE MAMA
FIBRILAÇÃO ATRIAL	AVC (ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL)
HIPERTENSÃO (PRESSÃO ALTA)	HIPERCOLESTEROLEMIA (COLESTEROL ALTO)
ATAQUE CARDÍACO	PROBLEMAS DAS VÁLVULAS CARDÍACAS
HIPOTIREOIDISMO (TIREÓIDE SUBATIVA)	DIABETES JUVENIL
DIABETES DO INÍCIO ADULTO (SEM USO DE INSULINA)	DIABETES DO INÍCIO ADULTO (COM USO DE INSULINA)
ASMA	DPOC
ENFISEMA	TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO (TSPT)
TRANSTORNO BIPOLAR	DEPRESSÃO
RINITE ALÉRGICA (ALERGIAS)	HEPATITE C
HIV	

POR FAVOR, LISTA QUALQUER DOENÇA FAMILIAR SIGNIFICATIVA ABAIXO

MEMBRO DA FAMÍLIA	DOENÇA	VIVO OU FALECIDO

HÁBITOS

Nunca Fumou Ex-Fumante Fumante Atual Número de cigarros por dia: _____

Não bebe álcool Bebe álcool Com que frequência? Diariamente Ocasionalmente Algumas vezes por ano

Qual é o número de bebidas que você consome quando bebe? _____

Não usa drogas de rua Usa drogas de rua Tipo/Frequência: _____