

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): _____

**Se ambos os pais não tiverem a custódia legal, ou outra pessoa tiver a custódia temporária ou permanente, exigimos a documentação legal adequada.*

Qual idioma você prefere? Falar: _____ Escrever: _____

Você precisa de um intérprete? Sim Não

Você é aluno da Fitchburg State University? Sim, moro no campus Sim, moro fora do campus Não

Podemos enviar um e-mail de ativação para uma conta MyChart? Sim Não

*Esta é a maneira mais rápida e fácil de se comunicar com seus provedores, solicitar recargas de medicamentos, agendar consultas, obter acesso às suas informações de saúde e muito mais. (*Usado por todos os serviços, exceto Odontológico. Atualmente disponível em inglês e espanhol)*

Eu gostaria de receber serviços em:

Fitchburg CHC 326 Nichols Rd, Fitchburg
 ACTION CHC 130 Water St, Fitchburg
 Greater Gardner CHC 175 Connors St, Gardner
 Leominster CHC 165 Mill St, Leominster
 South Gardner CHC 529 Timpany Blvd, Gardner

Eu gostaria de receber: Médico Odontologia Saúde Comportamental Optometria
 Serviços de uso de substâncias Podologia Nutrição Acupunctra

Contato de emergência

Nome: _____ Relação: _____

Telefone residencial: _____ Celular: _____



Avalista: O Próprio Alguém: Nome: _____
Endereço: _____

Seguro Médico

Principal _____ ID: _____
Grupo nº.: _____
Assinante: _____ O Próprio
Nasc. do assinante: _____

Secundário _____ ID: _____
Grupo nº.: _____
Assinante: _____ O Próprio
Nasc. do assinante: _____

Seguro Optometria

_____ ID: _____
Grupo nº.: _____
Assinante: _____ O Próprio
Nasc. do assinante: _____

Seguro 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. (2025)

Nome _____ Data de nascimento _____

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

Pronomes preferidos (Selecione um):

- Ela/ela/dela Ele/ele/dele Eles/eles/deles
 Nome do paciente Recuso responder Desconhecido Outra _____

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)

- Indiano asiático Coreano Outras Ilhas do Pacífico Índio/Nativo americano ou Nativo do Alasca
 Chinês Vietnamita Guamanês ou Chamorro Branco/caucasiano
 Filipino Outros asiáticos Samoano Não relatado
 Japonês Havaiano nativo Preto/afro-americano

Qual etnia que melhor lhe representa (Selecione uma):

- Cubano Mexicano, mexicano-americano, chicano/a Não hispânico, latino ou espanhol
 Porto-riquenho Outra origem hispânica, latina ou espanhola Não relatado

Você é um Veterano? Sim Não

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