

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?									
<input type="checkbox"/> Mãe*	<input type="checkbox"/> Pai*	<input type="checkbox"/> Ambos os pais	<input type="checkbox"/> DCF*	<input type="checkbox"/> Responsável Legal*					
Nome e nasc.: _____									
Nome e nasc.: _____									
<p>*Se ambos os pais não tiverem a custódia legal, ou outra pessoa tiver a custódia temporária ou permanente, exigimos a documentação legal adequada.</p>									
Qual idioma você prefere? Falar: _____		Escrever: _____							
Você precisa de um intérprete? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não									
Você é aluno da Fitchburg State University? <input type="checkbox"/> Sim, moro no campus		<input type="checkbox"/> Sim, moro fora do campus		<input type="checkbox"/> Não					
<p>Podemos enviar um e-mail de ativação para uma conta MyChart? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>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)</p>									
<p>Eu gostaria de receber serviços em:</p> <table border="0" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;"><input type="checkbox"/> Fitchburg CHC 326 Nichols Rd, Fitchburg</td> <td style="width: 20%;"><input type="checkbox"/> ACTION CHC 130 Water St, Fitchburg</td> <td style="width: 20%;"><input type="checkbox"/> Greater Gardner CHC 175 Connors St, Gardner</td> <td style="width: 20%;"><input type="checkbox"/> Leominster CHC 165 Mill St, Leominster</td> <td style="width: 20%;"><input type="checkbox"/> South Gardner CHC 529 Timpany Blvd, Gardner</td> </tr> </table>					<input type="checkbox"/> Fitchburg CHC 326 Nichols Rd, Fitchburg	<input type="checkbox"/> ACTION CHC 130 Water St, Fitchburg	<input type="checkbox"/> Greater Gardner CHC 175 Connors St, Gardner	<input type="checkbox"/> Leominster CHC 165 Mill St, Leominster	<input type="checkbox"/> South Gardner CHC 529 Timpany Blvd, Gardner
<input type="checkbox"/> Fitchburg CHC 326 Nichols Rd, Fitchburg	<input type="checkbox"/> ACTION CHC 130 Water St, Fitchburg	<input type="checkbox"/> Greater Gardner CHC 175 Connors St, Gardner	<input type="checkbox"/> Leominster CHC 165 Mill St, Leominster	<input type="checkbox"/> South Gardner CHC 529 Timpany Blvd, Gardner					
<p>Eu gostaria de receber: <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Odontologia <input type="checkbox"/> Saúde Comportamental <input type="checkbox"/> Atendimento Urgente <input type="checkbox"/> Serviços de uso de substâncias <input type="checkbox"/> Podologia <input type="checkbox"/> Nutrição <input type="checkbox"/> Optometria</p>									
<p><u>Contato de emergência</u></p>									
Nome: _____		Relação: _____							
Telefone residencial: _____		Celular: _____							

Avalista:	<input type="checkbox"/> O Próprio	<input type="checkbox"/> Alguém:	Nome: _____ Endereço: _____ Nasc.: _____ Relação: _____
Seguro Médico			
Principal	_____	ID:	_____
			Grupo nº.: _____
	Assinante: _____		<input type="checkbox"/> O Próprio
	Nasc. do assinante: _____		
Secundário	_____	ID:	_____
			Grupo nº.: _____
	Assinante: _____		<input type="checkbox"/> O Próprio
	Nasc. do assinante: _____		
Seguro Optometria			
Principal	_____	ID:	_____
			Grupo nº.: _____
	Assinante: _____		<input type="checkbox"/> O Próprio
	Nasc. do assinante: _____		
Seguro Odontologia			
Principal	_____	ID:	_____
			Grupo nº.: _____
	Assinante: _____		<input type="checkbox"/> O Próprio
	Nasc. do assinante: _____		
	Empregador: _____		
Secundário	_____	ID:	_____
			Grupo nº.: _____
	Assinante: _____		<input type="checkbox"/> O Próprio
	Nasc. do assinante: _____		
Preenchi este formulário e certifico que sou o paciente ou seu representante devidamente autorizado.			
		Assinatura	Data
		Nome impresso	Relação