

**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 e nasc.: \_\_\_\_\_

Nome e nasc.: \_\_\_\_\_

*\*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 ☐ NãoVocê é aluno da Fitchburg State University? ☐ Sim, moro no campus ☐ Sim, moro fora do campus ☐ NãoPodemos 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:

<input type="checkbox"/> <b>Fitchburg CHC</b> 326 Nichols Rd, Fitchburg	<input type="checkbox"/> <b>ACTION CHC</b> 130 Water St, Fitchburg	<input type="checkbox"/> <b>Greater Gardner CHC</b> 175 Connors St, Gardner	<input type="checkbox"/> <b>Leominster CHC</b> 165 Mill St, Leominster	<input type="checkbox"/> <b>South Gardner CHC</b> 529 Timpany Blvd, Gardner
---	--	---	--	---

<b>Eu gostaria de receber:</b>	<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

**Contato de emergência**

Nome: \_\_\_\_\_ Relação: \_\_\_\_\_

Telefone residencial: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

**Avalista:** ☐ O Próprio ☐ Alguém: Nome: \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_  
Nasc.: \_\_\_\_\_ Relação: \_\_\_\_\_

**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