

Dados demográficos do paciente (Português)

Data de hoje _____

 Sobrenome: _____ Nome: _____ Sexo: Masculino Feminino

Data de nascimento: _____ Endereço: _____

Cidade: _____ CEP: _____ County: _____

Telefone fixo: _____ Telefone celular: _____

 Você aceita uma notificação da sua próxima consulta? por Texto? Sim Não Ligação? Sim Não

 Email: _____ Língua preferida: Inglês Português Outra: _____

Raça: _____ Etnia: _____ Estado Civil: _____

 Visitou um hospital nas últimas 6 semanas? Sim, fui para pronto-socorro Sim, fui internado num hospital Não Prefiro não responder

 Se a Clínica Grace não estivesse aberta hoje, onde você iria para atendimento médico? Não sei Hospitais

 Atendimento de Urgência Consultório Médico Não receberia atendimento Recusar-se a responder

 Você atende às diretrizes de renda da Grace Clinic listadas abaixo? Sim Não Iniciais: _____

Diretrizes Federais de Pobreza 2023 (200%)			
Para os 48 Estados Contíguos e o Distrito de Colúmbia			
Pessoas da Família/Agregado Familiar	Rendimento Anual (Antes de impostos)	Rendimento Mensal (Antes de impostos)	Rendimento Semanal (Antes de impostos)
1	\$29,160	\$2,430	\$561
2	\$39,440	\$3,287	\$758
3	\$49,720	\$4,143	\$956
4	\$60,000	\$5,000	\$1,154
5	\$70,280	\$5,857	\$1,352
6	\$80,560	\$6,713	\$1,549
7	\$90,840	\$7,570	\$1,747
8	\$101,120	\$8,427	\$1,945
Cada pessoa adicional adiciona	\$10,280	\$857	\$198

 Tem seguro de saúde? Nenhum Medicaid Outros Seguros

 Gostaria de rezar/orar com a nossa equipa de oração após a sua visita médica? Sim Não

 Como soube de nós? um anúncio um amigo meu médico hospital Outros : _____

Se o paciente tiver menos de 18 anos, por favor preencha as informações abaixo:

Nome dos pais ou tutor: _____ Data de nascimento: _____

Endereço dos pais/responsáveis (se diferente do paciente): _____

Telefone dos pais/responsáveis (se diferente do paciente): _____

 Relação com o Paciente: Mãe/Pai Guardião Outros: _____

Liberação de informações de faturamento

Eu, _____ por este meio, dou permissão à Grace Clinic para divulgar registros de saúde e/ou dar informações verbais sobre a minha saúde a todos e quaisquer prestadores de cuidados de saúde dos quais eu possa procurar cuidados ou tratamentos adicionais decorrentes e razoavelmente relacionados com os serviços prestados pela Grace Clinic.

Também dou permissão a todos e quaisquer prestadores de cuidados de saúde dos quais eu possa procurar cuidados ou tratamentos adicionais e razoavelmente relacionados com os serviços prestados pela Grace Clinic, permissão para obter cópias de registros de saúde e/ou para receber informações verbais sobre a minha saúde. Eu entendo que as informações divulgadas e/ou obtidas serão usadas apenas para fins de prestação de cuidados na Grace Clinic ou por outros motivos somente após uma liberação ter sido assinada para esse propósito específico. Se o paciente for menor de idade (menor de 18 anos), o pai ou responsável é responsável por assinar a autorização.

Eu dou permissão à Grace Clinics of Ohio para compartilhar minhas informações de saúde com o seguinte indivíduo:

Assinatura: _____ Relacionamento: _____ Número de telefone: _____

Consentimento para Tratamento

Eu, por este meio, concordo com a prestação de cuidados, diagnóstico e/ou tratamento pela Grace Clinics of Ohio, Inc., e reconheço que tal consentimento permanecerá em vigor a menos e até que eu cancele tal consentimento por escrito.

Reconheço e confirmo que sou mentalmente capaz de dar o meu consentimento informado para a prestação de cuidados, diagnóstico e/ou tratamento e que não estou sujeito a coação ou influência indevida.

Assinatura do Paciente: _____ Data: _____

Por favor, reveja as seguintes declarações e assine na linha fornecida.

Revisão dos Direitos e Responsabilidades do Paciente

_____ Li e compreendo os Direitos do Paciente e as Responsabilidades conforme publicado na Grace Clinic Delaware. Tive a oportunidade de fazer perguntas ou solicitar explicações a um voluntário e/ou membro da equipe da Grace Clinic Delaware.

Revisão da Responsabilidade Limitada

_____ Li e compreendo o aviso de Responsabilidade Limitada para Profissionais de Saúde Voluntários da Clínica Gratuita, Membros do Conselho, Diretores, Funcionários e Contratantes Independentes, conforme publicado na Grace Clinic Delaware. Sendo mentalmente competente e sem coação ou influência indevida, estou dando consentimento informado para a imunidade qualificada que se estende aos prestadores de cuidados de saúde da Grace Clinics of Ohio, Inc., que fornecem diagnóstico, cuidados ou tratamento, desde que nenhuma compensação seja recebida ou esperada e seja fornecida em uma clínica gratuita.

Formulário de Consentimento de Telemedicina

_____ Li e compreendo o Formulário de Consentimento de Telemedicina e autorizo a Grace Clinic a permitir-me/ao doente participar num serviço de telemedicina (videoconferência)

História Social

Casa e Ambiente - Há fumadores em sua casa? Sim Não

Uso de substâncias

Fuma ou já fumou tabaco? Nunca Antigamente Atualmente todos os dias Atualmente alguns dias

Quanto tabaco fuma? 1 maço/semana 2 maços/semana 1/4 maço/dia 1/2 maço/dia

1 maço/dia 2 maços/dia

Há quantos anos fuma tabaco? _____ Com que idade começou a fumar tabaco? _____

Você usa ou já usou alguma outra forma de tabaco ou nicotina? Sim Não

Você usa ou já usou cigarros eletrônicos ou vape? Nunca Antigamente Atualmente

Você usa ou já usou tabaco sem combustão? Nunca Antigamente Atualmente - Rapé Atualmente - Mastigar Atualmente - Pó

Qual é o seu consumo de álcool? Nunca De vez em quando Moderado Pesado

Você usa drogas ilícitas? Sim Não

Atividades Quotidianas

Você é capaz de cuidar de si mesmo? Sim Não

É cego ou tem dificuldade em ver? Sim Não

É surdo ou tem dificuldade em ouvir? Sim Não

Tem dificuldade em andar ou subir escadas? Sim Não

Tem dificuldades de transporte? Sim Não

Educação e Profissão - Está empregado atualmente? Sim Não

Diretivo Antecipado - Tem um diretivo antecipado? Sim Não

Qual é o status do seu código? Código completo DNR (Não-ressuscitar) DNI (Não-intubar) DNR/DNI

CMO (Medidas de conforto)

Dieta e exercício - Qual é o seu nível de exercício? Nenhum Ocasional Moderado Pesado

Casamento e Relacionamento

Qual é o seu estado civil? Desconhecido Casado Solteiro Divorciado Separados Viúvo Parceiro Doméstico

Quantos filhos tem? _____

Estilo de vida

Sente-se estressado? (tenso, nervoso, ansioso ou incapaz de dormir à noite?) De modo algum Um pouco

Até certo ponto Muito

Triagem Clínica Grace

Apetece-lhe prejudicar-se? Sim Não

Você se sente ameaçado em um relacionamento? Sim Não

Sente-se ameaçado no seu ambiente doméstico? Sim Não

Você já se prejudicou propositalmente? Sim Não

Nos últimos 12 meses a comida que comprou não durou e não teve dinheiro suficiente para comprar mais?

Muitas vezes verdade Às vezes é verdade Nunca é verdade Não tenho certeza ou prefiro não responder

Nos últimos 12 meses, teme que a sua comida acabe antes de ter dinheiro para comprar mais?

Muitas vezes verdade Às vezes é verdade Nunca é verdade Não tenho certeza ou prefiro não responder

Tem histórico de abuso emocional? Sim Não

Tem histórico de abuso físico? Sim Não

Tem preocupações em satisfazer necessidades básicas, como moradia, aquecimento, etc.? Sim Não

Histórico médico

Por favor, verifique se você tem ou teve algum dos seguintes:

- TDAH
- SIDA/VIH
- Refluxo ácido
- Acne
- Anemia
- Transtorno de Ansiedade
- Artrite
- Articulações artificiais
- Asma
- Transtorno do Espectro Autista
- Doença Autoimune
- Problemas de bexiga ou rins
- Coágulos sanguíneos
- Doenças do sangue
- Problema da mama
- DPOC
- Cancro / Câncer
- Insuficiência Cardíaca Congestiva
- Obstipação
- Doença Arterial Coronária
- Depressão
- Diabetes
- Doença Ocular Diabética
- Diálise
- Diverticulose
- Visão Dupla
- Problemas de ouvido ou audição
- Eczema
- Edema
- Enfisema
- Endometriose
- Fibromialgia
- Uso de Flomax
- Problemas trato GI
- Doença Gastrointestinal
- Gota
- Traumatismo craniano/concussão
- Dores de cabeça
- Ataque cardíaco
- Problemas cardíacos
- Hepatite
- Hérnia
- Colesterol alto
- História das IST
- História de Papanicolau anormal
- Hipertensão
- Hipertiroidismo
- Hipotireoidismo
- Doença Renal
- Pedras nos rins
- Úlceras na Perna ou no Pé
- Doença hepática
- Doença Pulmonar
- Exposição a MRSA
- Meningite
- Doença Mental
- Esclerose Múltipla
- Problemas musculares, articulares ou ósseos
- Lesão Cervical
- Perturbação Neurológica
- Neuropatia
- Transplante de Órgãos
- Osteoporose
- Marcapasso
- Doença Vascular Periférica
- Convulsões/Epilepsia
- Problemas de pele
- Apneia do sono
- Derrame
- Tuberculose
- Úlceras
- Outros