

**Dados demográficos do paciente (Portuguese)**

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: \_\_\_\_\_ Quantos filhos tem? \_\_\_\_\_

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

Tem seguro de saúde?  Nenhum  Medicaid  Outros Seguros Você gostaria de orar conosco hoje? Sim / Não Preferência Religiosa?

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

Nome dos pais ou tutor: \_\_\_\_\_ Relação com o Paciente:  Mãe/Pai  Guardião  Outros:

Endereço dos pais/responsáveis (se diferente do paciente): \_\_\_\_\_ Telefone dos pais/responsáveis \_\_\_\_\_

**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.

**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: \_\_\_\_\_

**Revisão dos Direitos e Responsabilidades do Paciente**

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

**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. 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)

**Autorização de Autorização de Fotografia**

\_\_\_\_\_ Autorizo a Grace Clinics of Ohio a usar minhas fotos/vídeos para materiais promocionais, anúncios, mídias sociais e outras comunicações, sem pagamento. Essa permissão se aplica a todos os formatos e mercados, agora e no futuro, e continua indefinidamente, a menos que eu a revogue por escrito. Entendo que esses materiais se tornarão propriedade da Grace Clinics of Ohio e não serão devolvidos. Eu libero a Grace Clinics of Ohio de qualquer responsabilidade relacionada ao uso desses materiais

## História Social

**Casa e Ambiente (Home and Environment)** - Há fumadores em sua casa?  Sim  Não

**Uso de substâncias (Substance Use)** 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? \_\_\_\_\_

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 (Activities of Daily Living)

Você é capaz de cuidar de si mesmo?  Sim  Não Tem dificuldade em andar ou subir escadas?  Sim  Não

É cego ou tem dificuldade em ver?  Sim  Não Tem dificuldades de transporte?  Sim  Não

É surdo ou tem dificuldade em ouvir?  Sim  Não

**Diretivo Antecipado (Advance Directive)** - 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)

**Estilo de vida (Lifestyle)** Sente-se estressado?  De modo algum  Um pouco  Até certo ponto  Muito

## Triagem Clínica Grace (Grace Clinic Screening)

Apetece-lhe prejudicar-se?  Sim  Não

Você se sente ameaçado em um relacionamento / 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

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