



<b>Informação ao paciente</b>	Sobrenome	Nome	Primeira letra do nome do meio	Data de nascimento: mês/dia/ano	
	Endereço	n. da unidade	Cidade	Estado	ZIP
	Telefone 1 (casa):	Contato principal? <input type="checkbox"/>	Telefone 2 (celular):	Contato principal? <input type="checkbox"/>	Telefone 3 (aluno):
O telefone 1 pode receber mensagens CONFIDENCIAIS: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		O telefone 2 pode receber mensagens CONFIDENCIAIS: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		O telefone 3 pode receber mensagens CONFIDENCIAIS: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
Como pretende receber lembretes e notificações? " Texto " Mensagem do voz (se for mensagem de voz, selecionar: " Casa " Celular " Trabalho)					

<b>Contato</b>	<b>Contato de emergência 1:</b>	Relação:	Telefone 1: <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabalho
	Nome:		
	Para o contato de emergência 1, o CIFC Health pode: (1) deixar uma mensagem detalhada com eles? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO 2) Informar ou divulgar as suas informações médicas? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO 3) Entrar em contato com esta pessoa em caso de emergência? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		Telefone 2: <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabalho
	<b>Contato de emergência 2:</b>	Relação:	Telefone 1: <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabalho
Nome:			
Para o contato de emergência 2, o CIFC Health pode: (1) deixar uma mensagem detalhada com eles? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO 2) Informar ou divulgar as suas informações médicas? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO 3) Entrar em contato com esta pessoa em caso de emergência? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO			Telefone 2: <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabalho

<b>Você tem seguro de saúde?</b> <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<b>Podemos ajudá-lo a solicitar um? :</b> <input type="checkbox"/> Husky/Medicaid <input type="checkbox"/> Health Insurance Access Health CT – <input type="checkbox"/> Assistência financeira – O nosso programa interno de escala proporcional à renda.
<b>Que farmácia utiliza?</b>	<b>Quem é o seu médico de cuidados primários?</b>

<b>Seguro</b>	<b>Seguro principal:</b>	Nome da empresa	Número de ID	Número do grupo
	<b>Informações do tomador de seguro:</b>			
	Sobrenome	Nome	Data de nascimento (mês/dia/ano)	Relação com o paciente
	Endereço	Apt/Andar	Cidade	Estado ZIP
	<b>Seguro Secundário:</b>	Nome da empresa	Número de ID	Número do grupo
	<b>Informações do tomador de seguro:</b>			
Sobrenome	Nome	Data de nascimento (mês/dia/ano)	Relação com o paciente	
Endereço	Apt/Andar	Cidade	Estado ZIP	

<b>*Informações Necessárias</b>	<b>Sexo atribuído no nascimento:</b> <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	<b>Estado Civil:</b> <input type="checkbox"/> Solteiro(a) <input type="checkbox"/> Separado(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> União civil <input type="checkbox"/> Viúvo(a)	<b>Status empregatício:</b> <input type="checkbox"/> Aposentado(a) <input type="checkbox"/> Empregado(a) - Tempo Integral <input type="checkbox"/> Empregado(a) - Tempo parcial <input type="checkbox"/> Autônomo <input type="checkbox"/> Desempregado(a) <input type="checkbox"/> Estudante - Tempo integral <input type="checkbox"/> Estudante - Tempo parcial	<b>Etnia: escolha tudo o que se aplica.</b> Latino: <input type="checkbox"/> Sim, que país?: _____ <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Recusar-se a Responder  <b>Raça</b> <u>escolha tudo o que se aplica</u> <input type="checkbox"/> Asiático(a): de que país? _____ <input type="checkbox"/> Nativo havaiano <input type="checkbox"/> Das Ilhas do Pacífico (perto da Ásia) <input type="checkbox"/> Guamês <input type="checkbox"/> Samoano (a) <input type="checkbox"/> Negro/Afro Americano <input type="checkbox"/> Nativo Americano/Alasca <input type="checkbox"/> Branco <input type="checkbox"/> Recusar responder	<b>Outras perguntas: (obrigatórias)</b> Deseja tradutor? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO  Você é Veterano? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO  No momento, você está desabrigado? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
	<b>Preferência de idioma:</b> <input type="checkbox"/> English <input type="checkbox"/> Português <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Outro: _____				

<b>Acesso</b>	E-mail:	<b>Este e-mail concede-lhe acesso às suas informações de saúde, incluindo compromissos enotas de visita. Você pode utilizar a sua conta segura num navegador ou na nosso aplicativo móvel criptografado.</b>
	Se NÃO QUISER TER ACESSO às suas informações de saúde desta forma, você pode RECUSAR O SEU ACESSO marcando esta caixa: <input type="checkbox"/>	

<b>Renda</b>	<b>*O CIFC Health recebe subsídios federais que exigem esta informação.</b>	
	Quantas pessoas moram na sua residência? _____ Renda familiar: \$ _____	<input type="checkbox"/> Semanalmente: quantas semanas você trabalha por ano? _____ <input type="checkbox"/> Mensal: Quantos meses você trabalha por ano? _____ <input type="checkbox"/> Anualmente

## Acuerdo Financiero & Asignación de Beneficios:

- Yo autorizo que se ingrese una solicitud de Pago a Medicare, Medicaid u otra compañía dispuesta a pagar por cualquiera de los servicios proporcionados a mí o mis hijos menores de 18 años de edad como están listados en la hoja de información demográfica en el presente, pasado y el futuro.
- Yo entiendo y estoy de acuerdo en que soy finalmente responsable por los balances pendientes tanto mío como de mis hijos menores de 18 años de edad listados en la hoja de información demográfica, por cualquier servicio profesional prestado y en algunos casos, también puedo ser responsable por pagar un monto adicional al ya pagado por mi seguro.
- Yo autorizo que el pago de mis beneficios médicos sea enviado directamente a CIFC Health o a sus proveedores individuales por servicios prestados a mí y a todos mis hijos menores de 18 años listados en la hoja de información demográfica. Si mi solicitud del Seguro fuera negada por falta de elegibilidad o terminación de plazo de cobertura, yo entiendo que seré puesto como responsable de los pagos e intentaré realizar los mismos correspondientes por cualquier monto pendiente en esas situaciones.
- Yo autorizo a CIFC Health a apelar requisiciones de pago negadas u otras decisiones adversas en mi nombre sin requerir autorizaciones posteriores. Yo autorizo y doy la indicación a cualquier institución o persona que tenga mi información médica o cualquier otro documento relevante sobre mí de liberar dicha información a CIFC Health y a sus agentes de cobranza, los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid, y/o a cualquiera dispuesto a pagar o a asegurarme, y a sus respectivos agentes y contratistas, a como sea necesario para determinar estos y otros beneficios pagables por cualquiera de los servicios prestados a mí por el CIFC Health, en el pasado, presente y el futuro.

<b>Persona responsable del pago:</b> <input type="checkbox"/> Paciente <input type="checkbox"/> Padres/ Guardián <input type="checkbox"/> Esposo/a <input type="checkbox"/> Otro:				
Apellidos	Nombre	Inicial del segundo nombre	Teléfono	Fecha de nac: (mes/día/año)
Dirección del domicilio		Depto./Piso	Ciudad/Pueblo	Estado Código Postal
<b>Firma del Paciente/Guardián:</b> _____			<b>Fecha:</b> _____	

## Autorización de Tratamiento:

- Yo doy mi permiso explícito al personal de CIFC Health para proporcionarme tratamientos médicos, dentales, de salud mental y administración de vacunas.
- En situaciones de emergencia donde yo no puedo ser contactado, yo doy permiso a que mis dependientes menores de edad reciban tratamiento para la condición de la emergencia.

**Firma del Paciente/Guardián:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

## Registros de salud:

Yo doy mi permiso explícito a CIFC Health de obtener mi información de salud, incluyendo el uso de entidades de intercambio de información de salud electrónicos (HIEs), También que mi información de salud sea recibida de, y/o compartida con servicios externos de cuidados de salud profesionales de manera electrónica con el propósito de mi bienestar de salud.

**Firma del Paciente/Guardián:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

Si usted NO desea participar con Commonwell/Carequality usted puede DECLINAR marcando esta casilla:

CIFC Health puede obtener mis registros médicos: \_\_\_\_\_

**SI** - Formato de autorización adjunto.

**NO** - Yo no deseo liberar información médica presente y pasada a CIFC Health. **NOTA: La falta de información de registros médicos faltante, así como el de historial de salud del paciente incrementa los riesgos de complicaciones durante el tratamiento.**

Seleccione el SBHC en el que se inscribe el estudiante:

Henry Abbott Technical High School P: (203)731-8274 F: (203)731-8275

Grado/Cluster \_\_\_\_\_