



Bem-vindo ao Blackstone Valley Community Health Care.

RECOLHA DE INFORMAÇÃO DEMOGRÁFICA DE ADULTOS (18+ anos)

NOME DO PACIENTE _____ INICIAL DO MEIO _____ SOBRENOME _____

Data de nascimento _____ nº de Telefone _____

Idioma de preferência _____ Nome de preferência _____

Pronomes de preferência Ele, Ele, Seu Ela, Ela, Sua Eles, Eles, Seus Ze, Hir Outro(a) _____

ESTADO CIVIL Solteiro Casado Separado Divorciado viúva/o

Endereço _____ Apt # _____

Cidade _____ Estado _____ Código Postal _____

CONTACTO DE EMERGÊNCIA _____ Relacionamento _____ Telefone _____

Farmácia _____ Endereço _____ nº de Telefone _____

PORTAL DO PACIENTE: Você esta usando o nosso portal do paciente? __S __N

Preferências de notificação: Como devemos entrar em contacto consigo?	
<input type="checkbox"/> Lembretes de Voz	<input type="checkbox"/> Mensagem Escrita
<input type="checkbox"/> Email	<input type="checkbox"/> Portal do Paciente

DE ACORDO COM AS DIRECTRIZES FEDERAIS É OBRIGATORIO A RECOLHA DAS SEGUINTES INFORMAÇÕES:

Verificação de vencimento: para ser considerado para uma taxa reduzida, por favor circule o nº de pessoas na sua família e o vencimento familiar anual						
Tamanho da família						
1	2	3	4	5		
6	7	8	9	10		
*** Tamanho da família superior a 10 insira o numero aqui _____						
Annual Income						
\$5,000	\$10,000	\$15,000	\$20,000	\$25,000	\$30,000	\$35,000
\$40,000	\$45,000	\$50,000	\$55,000	\$60,000	\$65,000	\$70,000
\$75,000	\$80,000	\$85,000	\$90,000	\$95,000	\$100,000 or greater	
*** Total do vencimento anual _____				Recuso a responder <input type="checkbox"/>		

inverter página

Habitação// Trabalho / Veterano: Por favor selecione todas as opções aplicáveis

Habitação: Duplicação (*compartilha um quarto com alguém*) Abrigo público Sem abrigo Alojamento transitório Habitação com apoio permanente
 Não é um morador de rua

Você se considera algum desses: Não é um trabalhador agrícola Trabalhador agrícola migrante Trabalhador agrícola sazonal
 Veterano Não Veterano

RAÇA <i>Selecione todos que se aplicam</i>		ETNIA <i>Selecione todos que se aplicam</i>
<input type="checkbox"/> Branco	<input type="checkbox"/> Asiático Indiano	<input type="checkbox"/> Mexicano
<input type="checkbox"/> Nativo Havaiano	<input type="checkbox"/> Chines	<input type="checkbox"/> Mexicano-americano
<input type="checkbox"/> Indiano Americano ou Nativo do Alasca	<input type="checkbox"/> Filipino	<input type="checkbox"/> Chicano
<input type="checkbox"/> Ilhas do Pacífico	<input type="checkbox"/> Japones	<input type="checkbox"/> Porto-riquenho
<input type="checkbox"/> Guamês ou Chamorro	<input type="checkbox"/> Koreano	<input type="checkbox"/> Cubano
<input type="checkbox"/> Samoano	<input type="checkbox"/> Vietnamita	<input type="checkbox"/> Latino Hispânico
<input type="checkbox"/> Negro/Afro-americano (Cabo Verde)	<input type="checkbox"/> Outros Asiáticos	<input type="checkbox"/> Não Hispânico ou Latino
	<input type="checkbox"/> Não declarado/Recuso a informar	<input type="checkbox"/> Recuso a responder

Sexo atribuído no nascimento: Masculino Femenino Indiferenciado

Identidade de Gênero : <i>Por favor selecione a identidade de gênero com a qual você mais se identifica:</i>	
<input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Femenino para Masculino (FPM) (Transgênero Masculino/Homem)
<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Masculino para Femenino (MPF) (Transgênero Femenino/mulher)
<input type="checkbox"/> Gênero queer, não exclusivamente masculino ou feminino	<input type="checkbox"/> Recuso a responder
<input type="checkbox"/> Categoria de gênero adicional/Outro _____	
Orientação Sexual: <i>Por favor selecione a orientação sexual com a qual você mais se identifica:</i>	
<input type="checkbox"/> Heterossexual	<input type="checkbox"/> Não sei
<input type="checkbox"/> Bissexual	<input type="checkbox"/> Outro/Algo mais
<input type="checkbox"/> Homossexual (lésbica, homossexual)	<input type="checkbox"/> Escolho não responder

Assinatura do Paciente _____

Funcionário Testemunha _____ Data de hoje _____

Obrigado por escolher Blackstone Valley Community Health Care para satisfazer as suas necessidades de saúde.

Valorizamos a nossa comunidade e damos-lhe as boas vindas ao nosso Centro de Saúde.

FOR BVCHC INTERNAL USE ONLY: Medical Record # _____ Staff initials _____