Bem-vindo ao Blackstone Valley Community Health Care.

RECOLHA DE INFORMAÇÃO DEMOGRÁFICA PEDIÁTRICA (0-11 anos)

NOME DO PACIENTE_____**INICIAL DO MEIO** _____**SOBRENOME**_____

Data de nascimento_____**nº de Telefone**_____

Idioma de preferência_____**Nome de preferência** _____

Endereço_____**Apt #**_____

Cidade_____**Estado**_____**Código Postal**_____

CONTATO DE EMERGÊNCIA _____**Relação**_____ **nº de 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?	
☐ Lembretes de Voz	☐ Messagem Escrita
☐ Email	☐ Portal do Paciente

QUEM É O TUTOR LEGAL: ☐ Mãe ☐Pai ☐Ambos ☐DCYF ☐Outro

Se sob custódia dos pais, qual é o estado civil dos pais: ☐ Solteiro ☐ Casado ☐ Separado ☐ Divorciado ☐ Viúvo
Se sob custódia do DCYF, tipo de custódia: ☐ Petição protocolada ☐ Temporária ☐ Permanente
Nome da pessoa responsável pelo caso _____Telefone nº _____

Se sob custódia de outra família, essa pessoa tem permissão para tomar decisões médicas? ☐ Sim ☐ Não
NOME DOS PAIS/TUTOR LEGAL_____DATA DE NASCIMENTO_____
nº de Telefone_____

NOME DE OUTRO FAMILIAR/TUTOR LEGAL_____DATA DE NASCIMENTO_____
nº de Telefone_____

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 familia e o vencimento familiar annual

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 annual** _____ **Recuso a responder** ☐

inverter página

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

Habitação ☐ Duplicação (*compartilha um quarto com alguém*) ☐Abrigo público ☐ Sem abrigo ☐ Alojamento transitório ☐ Habitação com apoio permanete

☐ 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 *Selecione todos que se aplicam*		**ETNIA** *Selecione todos que se aplicam*
□ Branco	□ Asiático Indiano	□ Mexicano
□ Nativo Havaiano	□ Chines	□ Mexicano-americano
□ Indiano Americano ou Nativo do Alasca	□ Filipino	□ Chicano
	□ Japanes	□ Porto-riquenho
□ Ilhas do Pacífico	□ Koreano	□ Cubano
□ Guamês ou Chamorro	□ Vietnamita	□ Latino Hispânico
□ Samoano	□ Outros Asiáticos	□ Não Hispânico ou Latino
□ Negro/Afro-americano (Cabo Verde)	□ Não declarado/Recuso a informar	□ Recuso a responder

Sexo atribuído no nascimento: ☐Masculino ☐Femenino ☐Indiferenciado

Assinatura dos pais_____

Funcionário Testemunha _____**Data de hoje**_____

FOR BVCHC INTERNAL USE ONLY: Medical Record #_____Staff initials_____