FORMULÁRIO DE CADASTRO

INFORMAÇÕES DO PACIENTE

Nome do paciente_____ Número da Previdência Social_____
Nome *Sobrenome*
Sexo ao nascer (menino ou menina)_____

Data de nascimento_____

Endereço _____ Rua _____ Cidade, Estado, CEP _____

Endereço de e-mail_____

Telefone residencial_____

Telefone celular_____

Método de contato preferencial

☐Portal eletrônico (por meio da entrega de mensagens seguras)
☐correio de voz ☐e-mail ☐mensagem de texto/SMS

Podemos deixar uma mensagem? ☐Sim ☐ Não

Etnia ☐Hispânico ☐Não hispânico ☐Prefiro não responder

Nível de instrução_____

Raça ☐Negra/Afroamericano ☐Caucasiana (Branco)
☐Indígena americano/Nativo do Alaska ☐Asiático
☐Nativo americano das Ilhas do Pacífico ☐Nativo do Havaí
☐Várias raças ☐Prefiro não responder

Habitação pública ☐Sim ☐ Não

Endereço de e-mail_____

Identidade de gênero *(Selecione apenas uma caixa)*

☐Homem

☐Mulher

☐Homem transgênero (transição de mulher para homem)

☐Mulher transgênero (transição de homem para mulher)

☐Outra

☐Prefiro não responder

Orientação sexual *(Selecione apenas uma caixa)*

☐Heterossexual

☐Homossexual

☐Lésbica

☐Bissexual

☐Outra

☐Não tenho certeza

☐Prefiro não responder

Empregador _____

País de origem_____

Idioma preferencial_____

Veterano ☐Sim ☐ Não

Estado civil ☐Solteiro(a) ☐Casado(a) ☐Separado(a)
☐Divorciado(a) ☐Viúvo(a)

Nome da farmácia_____

PARA CRIANÇAS

Nome da mãe/responsável _____ Telefone _____
Nome do pai/responsável _____ Telefone_____

A criança mora com ☐A mãe ☐O pai ☐O responsável

Nome de solteira da mãe_____

As pessoas listadas anteriormente estão autorizadas a assinar o termo de consentimento para recebimento de tratamento em nome do meu filho ou filha.

_____ _____ _____
Assinatura do paciente/responsável Assinatura do representante legal Data

DIVULGAÇÃO DE INFORMAÇÕES

Por meio deste, concedo minha permissão para que a(s) pessoa(s) listada(s) a seguir receba(m) informações sobre o atendimento do paciente citado anteriormente

Nome _____ Parentesco com o paciente_____ Telefone_____
Nome _____ Parentesco com o paciente_____ Telefone_____
Nome _____ Parentesco com o paciente_____ Telefone._____
Nome _____ Parentesco com o paciente_____ Telefone._____
Nome _____ Parentesco com o paciente_____ Telefone_____

As pessoas listadas anteriormente NÃO estão autorizadas a assinar o termo de consentimento para recebimento de tratamento em nome do meu filho ou filha.

EM CASO DE EMERGÊNCIA

Nome do contato de emergência_____ Telefone_____

Parentesco com o paciente ☐O próprio ☐Cônjuge ☐Filho(a) ☐Outro (especifique)_____

INFORMAÇÕES FINANCEIRAS/SOBRE O SEGURO

(Forneça as informações do seu cartão de seguro ao recepcionista)

Nome do responsável financeiro_____ Data de nascimento_____

Número da Previdência Social _____ Telefone_____

Endereço _____

Rua Cidade, Estado, CEP

Renda familiar $_____ Número de dependentes*cônjuge/filhos com menos de 18 anos* ☐

☐Anual ☐Mensal ☐Semanal ☐Quinzenal

Seguro primário_____ Nome do segurado_____ Número da apólice_____

Seguro secundário_____ Nome do segurado_____ Número da apólice_____

Parentesco do paciente com o segurado ☐O próprio ☐Cônjuge ☐Filho(a) ☐Outro (especifique)_____

Preencha a seguir apenas para seguro privado

Nome do empregador Telefone do empregador Nº do grupo

CONSENTIMENTO GERAL PARA TRATAMENTO E AVISO DE PRIVACIDADE

As informações anteriores são verdadeiras salvo melhor crença e juízo. Estou ciente de que estou solicitando atendimento e tratamento médico à Optimus Health Care, Inc. e autorizo serviços para diagnóstico de um quadro clínico, procedimentos para tratar meu quadro e atendimentos médicos, de saúde mental e odontológicos de rotina.

Estou ciente de que o atendimento médico de rotina pode incluir vacinas.

Estou ciente de que tais serviços serão fornecidos por médicos, dentistas, enfermeiras especialistas, enfermeiras obstetras, médicos residentes e outros profissionais de saúde, alguns dos quais podem estar em formação. Não me foi dada nenhuma garantia quanto aos resultados dos serviços que receberei.

Declaro que li o Aviso das práticas de privacidade, a Política para consultas perdidas e a Declaração dos direitos do paciente da Optimus Health Care, Inc, no idioma de minha compreensão. Também estou ciente de que posso solicitar outra cópia desses materiais a qualquer momento.

Eu autorizo o Optimus Health Care, Inc. ou a seguradora a divulgar quaisquer informações necessárias para atender às minhas solicitações. Eu compreendo que sou financeiramente responsável por qualquer saldo em dívida, independentemente do seguro ou de auxílios de terceiros.

~~Assinatura do paciente/responsável~~ ~~Assinatura do representante legal~~ ~~Data~~

☐ Ao selecionar esta caixa, eu declaro que o paciente cadastrado acima apenas poderá ser vacinado mediante o meu consentimento verbal no momento da consulta/vacinação.

Assinatura do paciente/responsável Assinatura do representante legal Data

PARA CADASTRO DO CENTRO DE SAÚDE ESCOLAR

Nome da escola _____ Ano escolar _____ Número da sala _____

Número de celular do aluno _____

HISTÓRIA CLÍNICA/ALERGIAS		
O paciente tem algum problema de saúde?	☐Sim	☐ Não
O paciente toma algum medicamento? (inclusive inaladores)	☐Sim	☐Não
O paciente tem alguma alergia a alimentos, medicamentos ou anestesia local?	☐Sim	☐Não
O paciente leva consigo para a escola EpiPen caso sofra alguma reação alérgica?	☐Sim	☐Não
O paciente já teve algum ferimento grave?	☐Sim	☐Não
O paciente tem alguma anomalia congênita ou cardiovascular?	☐Sim	☐Não
O paciente tem história de cirurgia ou problemas cardíacos?	☐Sim	☐Não
O paciente já passou por alguma cirurgia no passado?	☐Sim	☐Não
O paciente possui shunt ou cateter permanente?	☐Sim	☐Não
O paciente fuma ou mastiga tabaco?	☐Sim	☐Não
O paciente já foi hospitalizado durante a noite? (por motivos médicos ou de saúde mental)	☐Sim	☐Não
O paciente tem algum problema comportamental que lhe gere preocupação? (Por exemplo, falta de concentração, dificuldade para concluir tarefas, ataques de raiva, falta a aula/escola, não assume a responsabilidade por suas ações)	☐Sim	☐Não
O paciente tem alguma dificuldade de interação social? (Por exemplo, não se relaciona bem com amigos/familiares, não consegue manter seu asseio/cuidar de si)	☐Sim	☐Não
O paciente tem dificuldades para se manter motivado, preocupando-se mais do que deveria, ou para se sentir bem consigo mesmo?	☐Sim	☐Não
Se a resposta for sim para alguma das perguntas acima, comente abaixo.		
Liste quaisquer preocupações que possa ter com relação à saúde mental ou física do seu filho ou filha.		

HISTÓRIA ODONTOLÓGICA		
O paciente tem algum problema de saúde?	☐Sim	☐ Não
O paciente toma algum medicamento? (inclusive inaladores)	☐Sim	☐Não
O paciente tem alguma alergia a alimentos, medicamentos ou anestesia local?	☐Sim	☐Não
O paciente leva consigo para a escola EpiPen caso sofra alguma reação alérgica?	☐Sim	☐Não
Se respondeu sim para alguma pergunta acima, comente a seguir.		

HISTÓRIA FAMILIAR				
Selecione uma opção		Doença	Parente	Explique
☐Sim	☐Não	Diabetes, distúrbio endócrino (tireoide)		
☐Sim	☐Não	Câncer		
☐Sim	☐Não	Cardiopatia, AVC		
☐Sim	☐Não	Hipertensão arterial		
☐Sim	☐Não	Doença sanguínea, inclusive anemia		
☐Sim	☐Não	Distúrbios de coagulação		
☐Sim	☐Não	Problemas respiratórios, inclusive asma		
☐Sim	☐Não	Doença mental (ou seja, depressão)		
☐Sim	☐Não	Problemas com álcool/drogas		
☐Sim	☐Não	Infecções (TB/HIV/AIDS)		
☐Sim	☐Não	Óbito com idade inferior a 50 anos		
☐Sim	☐Não	Outro		

CONSENTIMENTO E ASSINATURA DO PAI/MÃE OU RESPONSÁVEL DO CENTRO DE SAÚDE ESCOLAR

Eu, pai/mãe ou responsável do aluno listado acima, autorizo meu filho ou filha a receber os serviços assinalados anteriormente no centro de saúde escolar.

- ☐ Eu estou ciente de que este consentimento será válido por dois anos ou até que eu forneça uma notificação de cancelamento por escrito ao centro de saúde escolar.
- ☐ Eu estou ciente de que, por meio do meu consentimento, a equipe do centro de saúde escolar pode, conforme necessário, comunicar à enfermeira da escola e ao médico regular do meu filho as informações de saúde da criança (se aplicável), levando em consideração que essas informações continuarão a ser tratadas como confidenciais de acordo com a lei aplicável.
- ☐ A equipe do centro de saúde escolar cooperará e se comunicará com a equipe do Conselho de Educação sempre que o comportamento ou a saúde do aluno oferecer risco ao aluno ou a outras pessoas no ambiente escolar.
- ☐ Restrições especiais aplicam-se a divulgações relativas a determinadas informações de saúde, como informações relacionadas a HIV, prontuários referentes a uso abusivo de substâncias ou tratamento de saúde comportamental.
    - o Geralmente, divulgaremos tais informações apenas com uma autorização explícita para divulgá-las ou se permitido ou obrigatório por lei.
- ☐ De acordo com a lei, não é necessário o consentimento dos pais para a realização de exames obrigatórios, atendimento de primeiros socorros, atendimento pré-natal, serviços relacionados a comportamento sexual e prevenção da gravidez nem para a prestação de serviços quando a saúde do aluno parece estar em perigo. Os alunos que receberem atendimento no centro de saúde escolar deverão convidar seus pais/responsáveis para participar das decisões relativas às orientações e cuidado médico.
- ☐ Eu autorizo o centro de saúde a divulgar informações relativas ao tratamento a terceiros, que sejam responsáveis financeiros, para fins de cobrança.
- ☐ Eu estou ciente de que não será negado acesso aos serviços de saúde a nenhum aluno por não ter condições de arcar com os custos do serviço. Quando disponível, o centro de saúde escolar enviará a cobrança ao seguro ou Medicaid.
- ☐ Eu compreendo que a equipe do centro de saúde escolar manterá a confidencialidade entre meu filho ou filha e a equipe do centro de saúde para determinados serviços em cumprimento às leis aplicáveis. Segundo a lei, algumas informações exigem o consentimento por escrito do seu filho ou filha antes que possam ser divulgadas a qualquer pessoa, inclusive pais/responsáveis. A equipe do centro de saúde solicitará a todos os alunos que convidem seus pais/responsáveis a participarem das decisões do centro de saúde.

Sou o(a) responsável legal pela criança citada acima. Estou ciente de que o responsável legal deverá assinar um novo consentimento caso haja alteração na guarda. Ao fornecer um contato alternativo, eu também estou ciente de que as informações clínicas da criança supracitada também serão compartilhadas entre a equipe/profissionais de saúde do centro de saúde escolar e o contato alternativo, caso o centro de saúde escolar não consiga entrar em contato comigo.

Consentimento e assinatura do pai/mãe ou responsável		
Eu autorizo meu filho ou filha a receber os SERVIÇOS MÉDICOS NO LOCAL.	☐Sim	☐Não
Eu autorizo meu filho ou filha a receber os SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS MÓVEIS/NO LOCAL	☐Sim	☐Não
Eu autorizo meu filho ou filha a receber os SERVIÇOS DE SAÚDE COMPORTAMENTAL NO LOCAL.	☐Sim	☐Não

Assinatura		**Data**
Nome em letra de forma		**Parentesco com o paciente**

CONSENTIMENTO PARA TELEMEDICINA CENTRO DE SAÚDE ESCOLAR

O centro de saúde escolar Optimus Health Care, Inc. ("Optimus") na escola do seu filho ou filha agora presta serviços de telemedicina. Os serviços de telemedicina são realizados por meio de uma videoconferência interativa para o tratamento de determinados quadros clínicos, como: asma, alergias, bronquite e outras infecções secundárias, e prestar serviços de saúde comportamental, inclusive terapia individual e coletiva. As consultas de telemedicina são uma maneira conveniente e fácil de seu filho ou filha receber atendimento médico em casa ou em uma sala privada na escola, se disponível. Assim como para prestar o atendimento presencial do seu filho ou filha no centro de saúde escolar, o Optimus deve obter seu consentimento para prestar serviços de telemedicina ao seu filho ou filha.

Eu estou ciente e concordo que:

1. A lei Health Insurance Portability and Accountability Act ("HIPAA"), de 1996, que protege a privacidade das informações clínicas, também se aplica aos serviços de telemedicina.
2. Eu posso revogar meu consentimento de realizar o tratamento do meu filho ou filha usando serviços de telemedicina a qualquer momento, enviando uma carta ao escritório do centro de saúde escolar da escola do meu filho ou filha. Também estou ciente de que tal revogação não afetará o atendimento presencial recebido por meu filho ou filha no centro de saúde escolar.
3. Os benefícios da telemedicina incluem acesso aprimorado ao atendimento médico ou de saúde comportamental e uma avaliação e manejo das necessidades médicas e de saúde comportamental mais eficientes.
4. Os riscos relacionados aos serviços de telemedicina incluem, entre outros: transmissão de informações clínicas do meu filho ou filha, interceptadas e acessadas por pessoas não autorizadas, apesar do uso do Optimus de uma plataforma de telemedicina em conformidade com a HIPAA e outros protocolos de segurança em vigor; e a transmissão pode ser interrompida ou distorcida por falhas técnicas que resultem na impossibilidade de continuar a consulta.
5. A alternativa à telemedicina são os encontros presenciais, que são disponibilizados ao meu filho ou filha
6. O médico do Optimus poderá encerrar uma consulta de telemedicina se julgar que o quadro clínico ou de saúde comportamental do meu filho ou filha não é adequado para um tratamento virtual ou que as informações transmitidas não possuem qualidade suficiente para permitir uma tomada de decisão médica apropriada. Sob tais circunstâncias, o médico agendará meu filho ou filha para a próxima data de consulta presencial disponível para atendimento ou ligará para o 911 em caso de emergência,
7. O Optimus poderá precisar interromper a prestação de serviços de telemedicina se as leis ou ordens executivas que permitem a prestação de atendimento de saúde desta forma forem revogadas.
8. Se meu filho ou filha estiver em casa durante uma consulta de telemedicina, eu disponibilizarei um espaço privado com a porta fechada para meu filho ou filha e, se possível, fones de ouvido, para garantir a privacidade.
9. A cobrança será emitida para meu seguro ou para o Medicaid do meu filho ou filha pelos serviços de telemedicina prestados. Às crianças sem seguro não será negado o atendimento de telemedicina.
10. Em caso de dúvidas sobre a telemedicina ou em qualquer momento ao assinar este formulário, eu posso entrar em contato com o médico do centro de saúde escolar do Optimus.

Eu li e compreendi as informações fornecidas neste formulário de consentimento de telemedicina e autorizo meu filho ou filha a receber serviços de telemedicina conforme apropriado.

Eu autorizo meu filho ou filha a receber SERVIÇOS DE TELEMEDICINA		☐Sim ☐Não
Assinatura		**Data**
Nome em letra de forma		**Parentesco com o paciente**

OPTIMUS HEALTH CARE

Declaração dos direitos do paciente

Todos os pacientes do Optimus Health Care, Inc. têm os direitos e responsabilidades descritos a seguir:

1. O paciente tem o direito de receber informações completas e confidencialidade em relação ao seu quadro clínico e plano de tratamento.
2. O paciente tem o direito de receber informações completas sobre os serviços e o sistema de cobertura fora do horário comercial do Optimus Health Care, Inc.
3. O paciente tem o direito de receber informações completas relativas a projetos de pesquisa que possam incluí-lo e o direito de não aceitar participar de tais projetos.
4. O paciente tem do direito de acessar todos os seus prontuários médicos mediante solicitação.
5. O paciente tem o direito de receber informações completas sobre taxas, cobranças e políticas de reembolso do Optimus Health Care, Inc.
6. O paciente tem o direito de receber seu tratamento com consideração, respeito e privacidade.
7. O paciente tem o direito de ser avaliado para o manejo da dor e ser tratado e/ou encaminhado para um especialista.
8. O paciente tem o direito a uma segunda opinião de um médico de sua escolha.
9. O paciente tem o direito a prestar uma queixa, solicitando uma resolução para seu problema. O paciente tem o direito a solicitar alterações nos processos, visto que esses afetam os serviços fornecidos a eles. O paciente tem o direito de se comunicar diretamente com a The Joint Commission (v.A1vv1.jointcommission.org), na qual o Optimus Health Care, Inc. é credenciado.

Política de consultas

Para garantir o acesso a consultas para todos os pacientes, o Optimus Health Care, Inc. tem a seguinte política para pacientes que frequentemente não comparecem a suas consultas:

- Se você não puder comparecer a uma consulta agendada nem ligar para o escritório com uma antecedência de 24 horas para cancelar ou reagendar a consulta, esta será considerada como uma Consulta perdida.
- Se perder 3 (três) consultas em um prazo de 6 (seis) meses, em consultas futuras, você será considerado um paciente que perde consultas com frequência.
- Pacientes que **perdem** consultas com frequências poderão agendar consultas apenas durante horários específicos designados pelo centro de saúde.
- Esta política aplica-se a pacientes de consultas médicas, odontológicas, pediátricas, saúde comportamental e obstetrícia/ginecologia.
- O Optimus continuará fornecendo atendimento de saúde a você, mas em horários específicos determinados pelo centro de saúde.

- Você tem o direito de recorrer da determinação do Optimus Health Care, Inc. de que você frequentemente perde consultas. A equipe de saúde pode orientá-lo no começo do recurso, e uma decisão será tomada em 30 dias.

Sobre o Aviso das práticas de privacidade

Nós estamos comprometidos em proteger suas informações pessoais de saúde em conformidade com a lei. O Aviso das práticas de privacidade em anexo fornece informações sobre:

- Nossas obrigações legais com suas informações pessoais de saúde
- Seus direitos em relação a suas informações pessoais de saúde
- Nossos direitos de alterar nosso Aviso das práticas de privacidade
- Como prestar uma queixa se você acredita que seus direitos de privacidade foram violados
- As condições que se aplicam aos usos e às divulgações não descritos neste Aviso
- A pessoa com quem entrar em contato para obter mais informações sobre as práticas de privacidade