



PATIENT LABEL

Data: \_\_\_\_\_

### INFORMAÇÕES DO PACIENTE

Primeiro nome		Sobrenome	
Data de nascimento	Sexo <input type="radio"/> Fêmea <input type="radio"/> Macho	Telefone	
Endereço		Condado	
Cidade	Estado	CEP	
Estado civil <input type="radio"/> Casado <input type="radio"/> Solteiro <input type="radio"/> Divorciado <input type="radio"/> Viúva <input type="radio"/> Outro			
Linguagem <input type="radio"/> Inglês <input type="radio"/> Espanhol <input type="radio"/> Português <input type="radio"/> Crioulo haitiano <input type="radio"/> Ucraniano <input type="radio"/> Outro			
Corrida <input type="radio"/> Asiático <input type="radio"/> ilhéu do Pacífico <input type="radio"/> Preto <input type="radio"/> Africano <input type="radio"/> Nativo americano <input type="radio"/> Branco <input type="radio"/> Europeu <input type="radio"/> Multirracial			
Etnia <input type="radio"/> Hispânico / Latino <input type="radio"/> Não hispânico/latino			
Você atende às diretrizes de renda da Grace Clinic? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		Você tem seguro? <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Medicaid <input type="radio"/> Outro	
Você quer orar com nossa equipe de oração durante sua visita? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <b>Preferência religiosa?</b>			

**INFORMAÇÕES DO RESPONSÁVEL - Se o paciente for menor de 18 anos, preencha as informações abaixo**

Nome do responsável dos pais \_\_\_\_\_ Data de nascimento \_\_\_\_\_ Relação  Pai  Guardião

### DIVULGAÇÃO DE INFORMAÇÕES E CONSENTIMENTO PARA TRATAMENTO

Eu, \_\_\_\_\_, por meio deste, dou permissão à Grace Clinic of Ohio para divulgar registros de saúde e/ou fornecer informações verbais sobre minha saúde a todos e quaisquer provedores de saúde dos quais eu possa buscar cuidados ou tratamentos adicionais decorrentes e razoavelmente relacionados aos serviços fornecidos pela Grace Clinics of Ohio. Também dou permissão a todos e quaisquer provedores de saúde dos quais eu possa buscar cuidados ou tratamentos adicionais e razoavelmente relacionados aos serviços fornecidos pela Grace Clinics of Ohio para obter cópias de registros de saúde e/ou receber informações verbais sobre minha saúde. Entendo que as informações divulgadas e/ou obtidas serão usadas apenas para fins de prestação de cuidados na Grace Clinics of Ohio ou por outros motivos somente após uma liberação ter sido assinada para esse propósito específico.

Eu \_\_\_\_\_ por meio deste, consinto com a prestação de cuidados, diagnóstico e/ou tratamento pela Grace Clinics of Ohio e reconheço que tal consentimento permanecerá em vigor a menos e até que eu cancele tal consentimento por escrito. Por meio deste, reconheço e confirmo que sou mentalmente capaz de dar consentimento informado à prestação de cuidados, diagnóstico e/ou tratamento e não estou sujeito a coação ou influência indevida.

### REVISÃO DOS DIREITOS E RESPONSABILIDADES DO PACIENTE

\_\_\_\_\_ Li e entendo os Direitos e Responsabilidades do Paciente conforme publicados na Grace Clinics of Ohio. Tive a oportunidade de fazer perguntas ou solicitar explicações de um voluntário e/ou membro da equipe.

\_\_\_\_\_ Li e compreendo o aviso de Responsabilidade Limitada para Profissionais de Saúde Voluntários de Clínica Gratuita, Membros do Conselho, Oficiais, Funcionários e Contratados Independentes, conforme publicado na Grace Clinic of Ohio. Sendo mentalmente competente e sem nenhuma coação ou influência indevida, estou dando consentimento informado à imunidade qualificada que se estende aos provedores de saúde da Grace Clinics of Ohio, Inc. que fornecem diagnóstico, cuidado ou tratamento, desde que nenhuma compensação seja recebida ou esperada e seja fornecida em uma clínica gratuita.

\_\_\_\_\_ Li e compreendo o Formulário de Consentimento de Telemedicina e autorizo a Grace Clinic of Ohio a permitir que eu/o paciente participe de um serviço de telemedicina (serviço de videoconferência)

\_\_\_\_\_ Autorizo a Grace Clinics of Ohio a usar minhas fotos/vídeos para materiais promocionais, anúncios, mídias sociais e outras comunicações, sem pagamento. Esta 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. Isento a Grace Clinics of Ohio de toda responsabilidade relacionada ao uso desses materiais

\_\_\_\_\_ Todos os cuidados e serviços prestados internamente nas Clínicas Grace são sempre gratuitos. Se o seu médico solicitar exames que precisem ser enviados para um laboratório ou unidade externa, você poderá receber uma fatura dessa organização.



## HISTÓRICO MÉDICO ANTERIOR

\_\_\_\_\_ NÃO A TODOS (NO TO ALL)

- |  |                                       |
|--|---------------------------------------|
| _____ ADDP / ADHD                      | _____ DORES DE CABEÇA                 |
| _____ AIDS / HIV                       | _____ PROBLEMAS CARDÍACOS             |
| _____ REFLUXO ÁCIDO                    | _____ HEPATITE                        |
| _____ ANEMIA                           | _____ HÉRNIA                          |
| _____ TRANSTORNO DE ANSIEDADE          | _____ COLESTEROL ALTO                 |
| _____ ASMA                             | _____ HIPERTENSÃO                     |
| _____ AUTISMO                          | _____ HIPERTIREOIDISMO                |
| _____ DOENÇA AUTOIMUNE                 | _____ HIPOTIREOIDISMO                 |
| _____ PROBLEMAS DE BEXIGA OU RIM       | _____ DOENÇA HEPÁTICA                 |
| _____ DISTÚRBO SANGUÍNEO               | _____ DOENÇA PULMONAR                 |
| _____ CÂNCER                           | _____ DOENÇA MENTAL                   |
| _____ DEPRESSÃO                        | _____ ESCLEROSE MÚLTIPLA              |
| _____ DIABETES                         | _____ PROBLEMA MUSCULAR, ARTICULAR OU |
| _____ DIVERTICULOSE                    | _____ ÓSSEO                           |
| _____ PROBLEMAS DE OUVIDO OU AUDIÇÃO   | _____ NEUROLÓGICO                     |
| _____ ECZEMA                           | _____ DOENÇA VASCULAR PERIFÉRICA      |
| _____ FIBROMIALGIA                     | _____ CONVULSÕES / EPILEPSIA          |
| _____ PROBLEMAS GASTROINTESTINAIS      | _____ APNEIA DO SONO                  |
| _____ GOTA                             | _____ ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL      |
| _____ TRAUMATISMO CRANIANO / CONCUSSÃO | _____ OUTRO                           |
|  | _____ OUTRO                           |