

**INFORMAÇÃO DO PACIENTE**

\_\_\_\_\_  
**ÚLTIMO NOME (APELIDO)**

\_\_\_\_\_  
**PRIMEIRO NOME**

\_\_\_\_\_  
**NOME DO MEIO**

**SOCIAL SECURITY OU REGISTO DE ESTRANGEIRO (A-NUMBER):** \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Social Security  Número de registo de estrangeiro (Número I-94 do Governo dos EUA)  Nenhum

**DATA DE NASCIMENTO:** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ **Nome preferencial:** \_\_\_\_\_

Mês Dia Ano

\_\_\_\_\_  
**Endereço de correio/faturamento (Rua):**

\_\_\_\_\_  
**Cidade**

\_\_\_\_\_  
**Estado**

\_\_\_\_\_  
**Código Postal**

\_\_\_\_\_  
**Endereço de e-mail**

\_\_\_\_\_  
Você tem interesse no nosso Portal do Paciente?  
 Sim  Não

**Números de Telefone:** Podemos deixar mensagem?  
(por favor, circule sim ou não próximo a cada número fornecido)

\_\_\_\_\_  
**Telefone Residencial**  Sim  Não

\_\_\_\_\_  
**Telefone do trabalho:**  Sim  Não

\_\_\_\_\_  
**Telefone celular**  Sim  Não

**Contacto preferencial:**  
 Residência  Trabalho  Celular

**Sexo de Nascimento**

- Masculino  
 Feminino

**Identidade de Gênero**

- Masculino  
 Feminino  
 Masculino para feminino (transgênero)  
 Feminino para masculino (transgênero)  
 Não-binário (a), não é exclusivamente do sexo masculino ou feminino  
 Outro (a) \_\_\_\_\_  
 Escolher não divulgar

**Gênero atual**

- Masculino  
 Feminino  
 Indiferenciado

**Orientação Sexual:**

- Heterossexual  
 Gay ou Lésbica  
 Bissexual  
 Outra coisa  
 Não sabe  
 Escolheu não divulgar

**Pronome:**

- Ele, Dele  
 Ela, Dela  
 El, Els, Dels  
 Ze, Hir  
 Outro (a)  
 Recusa a responder  
 Foi perguntado (a) mas não se sabe

*A informação seguinte destina-se apenas a fins demográficos e não afectará os serviços prestados.*

**RAÇA / ETNIA**

- Branco (a)**  
*Portugal, Alemanha, Polónia, Bósnia, Países do Oriente Médio*
- Negro (a), Africano (a) e Afro-americano (a)**  
*Haiti, Jamaica, Quênia, Congo, etc.*
- Outro (a), Habitante das Ilhas do Pacífico**  
*Samoa, Guam, Micronésia, Taiti, Palau, etc.*
- Asiático (a)**  
*China, Filipinas, Bangladesh, Nepal, Paquistão, Vietnã, Indonésia*

- Índio (a) americano (a) do Norte/Central/Sul, Nativo (a) do Alasca**  
*Nativo (a) Americano (a), Esquimó, Maia, Inca, Porto-Riquenho (a), Miskito (a), Chatino (a), etc.*
- Havaiano (a) nativo (a)**  
*Nativo (a) das Ilhas do Havai*
- Multirracial**  
*Mais de uma raça/etnia*
- Se recusou a especificar**

**Etnia:**  Hispânico (a)/Latino (a)  Não Hispânico (a)/Latino (a)

## DEMOGRAFIA DO PACIENTE

<p><b>Assinale qualquer situação de moradia experienciada nos últimos 12 meses</b></p> <p><input type="checkbox"/> Possui uma casa</p> <p><input type="checkbox"/> Aluguel</p> <p><input type="checkbox"/> Abrigo (<i>Oxford Street, Florence House, Family Shelter, Milestone, etc.</i>)</p> <p><input type="checkbox"/> Rua (<i>a viver no carro, edifício abandonado, etc.</i>)</p> <p><input type="checkbox"/> Habitação de Transição (<i>Logan Place, Pharos House, SARC, etc.</i>)</p> <p><input type="checkbox"/> Partilha de quarto (<i>"Couch surfing", alojamento temporário devido a razões econômicas</i>)</p> <p><input type="checkbox"/> A viver com familiares</p> <p>Atual situação de moradia: _____</p>	<p><b>Status de Emprego</b></p> <p><input type="checkbox"/> Tempo integral</p> <p><input type="checkbox"/> Tempo parcial</p> <p><input type="checkbox"/> Desempregado (a)</p> <p><input type="checkbox"/> Trabalha por conta própria</p> <p><input type="checkbox"/> Deficiente</p> <p><input type="checkbox"/> Estudante</p>	<p><b>Rendimento total do agregado familiar</b> (Escolha um)</p> <p>Semanal \$ _____</p> <p>Mensal \$ _____</p> <p>Anual \$ _____</p>
	<p><b>Habitação Pública</b> <u>Habitação subsidiada por financiamento público</u> (Secção 8)</p> <p><input type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p>	<p><b>Benefícios</b> (<u>SSI/SSDI, Desemprego, Etc</u>)</p> <p>Semanal _____</p> <p>Mensal _____</p> <p>Anual _____</p>
	<p><b>Você é um (a) migrante ou trabalhador (a) sazonal em fazenda?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Sazonal</p> <p><input type="checkbox"/> Migrante</p> <p><input type="checkbox"/> Não sou trabalhador (a) em fazenda</p>	

**Programa de Assistência Financeira (assinale todos os que se apliquem):**

- MaineHealth Free Care Program - Data de Expiração: \_\_\_\_\_
- Northern Light (Mercy) Free Care - Data de Expiração: \_\_\_\_\_
- CarePartners       Assistência Geral (GA)

Nº total de adultos que residem no agregado familiar: \_\_\_\_\_

Nº total de crianças que residem no agregado familiar: \_\_\_\_\_

Nº total de membros da família que residem no agregado familiar: \_\_\_\_\_

**Você tem um diretivo antecipado ou desejo específico de tratamento em caso de situação grave de saúde?**

- Sim       Não

\*Se sim, traga consigo para a próxima consulta\*

**Como tomou conhecimento do Greater Portland Health?** \_\_\_\_\_

**Qual é o seu país de origem?** \_\_\_\_\_

**Língua preferencial (selecione uma):**

- Inglês       Espanhol       Francês       Árabe       Português       Somali       Cantonês
- Lingala       ASL (Deficiente Auditivo)       Kinyarwanda       Kirundi       Swahili       Outra \_\_\_\_\_

**Precisa de um intérprete?**       SIM       NÃO

**Serviu alguma vez em qualquer setor das forças armadas dos EUA?**       SIM       NÃO

## COBERTURA DE SEGURO

**Medicaid/Medicare**

- MaineCare: \_\_\_\_\_  
 (Medicaid) N° ID do MaineCare Nome do (a) segurado (a)
- Medicare: \_\_\_\_\_  
 N° ID do Medicare Nome (a) do (a) segurado (a)

**Seguro Comercial/Privado**

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
 do Signatário Data de nascimento Relação com o paciente Nome

\_\_\_\_\_  
 da Companhia de Seguro N° ID Grupo N° Data de entrada em vigor Nome

\_\_\_\_\_  
 Endereço Cidade Estado Código Postal

- Não tenho seguro de saúde e gostaria de me candidatar ao Programa de Apoio Financeiro do Greater Portland Health.

**INFORMAÇÃO DO CONTACTO DE EMERGÊNCIA/ FUNÇÃO DE APOIO**

- 1) \_\_\_\_\_  
 Último nome (apelido) Primeiro nome Relação Data de nascimento
- \_\_\_\_\_  
 Endereço N° Telefone \* Paciente do Greater Portland Health?  
 SIM  NÃO
- 2) \_\_\_\_\_  
 Último nome (apelido) Primeiro Nome Relação Data de nascimento
- \_\_\_\_\_  
 Endereço N° Telefone \* Paciente do Greater Portland Health?  
 SIM  NÃO

**\*\*Se o Paciente tiver menos de 18 anos, por favor preencha a zona sombreada abaixo\*\***

X \_\_\_\_\_  
 Assinatura do Paciente / Pais ou Tutor Legal

\_\_\_\_\_  
 Data

Nome do Paciente \_\_\_\_\_

Data de nascimento \_\_\_\_\_

Greater Portland Health (“GPH”) é um centro de saúde comunitário que presta cuidados médicos integrados de saúde física e comportamental, incluindo VIH/SIDA e serviços dentários aos pacientes independentemente da sua idade, sexo, orientação sexual, identidade de género, cor, raça, etnia, credo, origem nacional, religião, deficiência física ou mental ou situação de veterano. O GPH usa um registo de saúde electrónico que inclui toda a sua informação clínica num só lugar. Para lhe prestar os melhores cuidados possíveis, os funcionários que lhe prestam serviços no GPH podem visualizar qualquer parte do seu registo clínico relevante para o seu tratamento, o que pode incluir registos relativos à sua saúde física, mental, uso de substâncias e/ou dentária.

- 1. Consentimento Geral do Tratamento:** Ao assinar abaixo, autorizo os prestadores de cuidados de saúde do GPH a proceder com exames, testes e procedimentos de diagnóstico para avaliar as minhas condições de saúde e prestar cuidados (incluindo tratamento de urgência), serviços e terapias necessárias para um diagnóstico eficaz e para me tratar. Compreendo que os prestadores de cuidados de saúde que me tratam têm a responsabilidade de me explicar a natureza dos cuidados propostos, tratamento, serviços, medicamentos receitados, intervenções ou procedimentos sugeridos. Antes de ser submetido a quaisquer procedimentos ou exames, os meus prestadores explicar-me-ão os potenciais benefícios, riscos, ou efeitos colaterais, incluindo potenciais problemas que possam ocorrer durante a recuperação, a probabilidade de sucesso, outras opções incluindo os riscos relevantes ou efeitos colaterais dessas alternativas, bem como informação sobre possíveis resultados se optar por não seguir o tratamento recomendado.
- 2. Direito de recusar o tratamento** Ao dar o meu consentimento geral para o tratamento, compreendo que posso recusar qualquer exame, teste, procedimento, tratamento, terapia ou medicação recomendado ou considerado clinicamente necessário pelos meus prestadores de cuidados, e que continuo a ser o responsável pelas decisões sobre os meus cuidados de saúde e as consequências dessas decisões.
- 3. Responsabilidade do pagamento:** Compreendo que tenho de pagar ao GPH quaisquer custos resultantes do meu tratamento. Solicito que o pagamento dos benefícios cobertos autorizados sejam feitos em nome do GPH para esses serviços. Compreendo que o GPH pode divulgar informação de saúde sobre mim incluindo informação relacionada com VIH/SIDA, abuso de substâncias tóxicas (exceto informação limitada por lei) e tratamento de saúde mental ao meu provedor de seguro de saúde para verificação desses benefícios.
- 4. Divulgação de informação de cuidados de saúde:** Compreendo que, em determinadas condições, posso solicitar a limitação da divulgação, receber informação confidencial dando ao GPH um endereço, número de telefone ou outro meio para receber informação, ver ou obter cópias da informação de saúde protegida mediante solicitação escrita e que tenho outros direitos referentes à minha informação de saúde conforme estabelecido no Aviso sobre as práticas de privacidade.
- 5. Aviso sobre as práticas de privacidade:** Compreendo que o GPH tem de manter a minha informação de saúde confidencial, mas que, em termos legais, pode usar a minha informação de saúde com o objetivo de me tratar, obter o pagamento pelos serviços que me sejam prestados, coordenar os meus cuidados ou para as operações internas do GPH necessárias.
- 6. HealthInfoNet:** A HealthInfoNet é um sistema electrónico padrão seguro em que os prestadores de cuidados de saúde do estado do Maine podem partilhar informação importante do paciente, dando-lhes as ferramentas que necessitam para tomar decisões de tratamento mais informadas. Você pode optar por não participar deste programa, o que significa que ao assinar este formulário de consentimento nos autoriza a acessar sua informação clínica através do HIN. Se pretender saber mais, ou optar por não participar, peça a informação a um dos Representantes do serviço de apoio ao paciente na recepção.
- 7. Regras de Comportamento Adequado:** Greater Portland Health deve ser um ambiente seguro e respeitável para todos, – clientes, funcionários, visitantes e voluntários. Qualquer comportamento que torne o espaço da clínica perigoso, abusivo, ou ameaçador é inaceitável. Tais comportamentos resultarão em ações apropriadas por parte de Greater Portland Health inclusive um contrato de cuidado colaborativo e possível desligamento da clínica.
- 8. Assinatura:** Ao assinar abaixo concordo que li e compreendo a informação facultada acima. Se tiver quaisquer dúvidas relativas ao meu consentimento esclarecerei as mesmas com o meu prestador antes de assinar este formulário.

Assinatura do paciente \_\_\_\_\_

(Se tiver menos de 18, terá de ser assinado por um dos pais ou tutor)

Assinatura da testemunha \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_



**Greater Portland Health**

**Confirmação do recebimento do Aviso relativo às práticas de informação sobre saúde**

---

Nos termos da Lei da Portabilidade e Responsabilidade do Seguro de Saúde de 1996 (HIPAA), recebi o Aviso relativo às práticas de informação sobre saúde do Greater Portland Health.

**ESCREVA EM MAIÚSCULAS**

Apelido: \_\_\_\_\_

Nome próprio: \_\_\_\_\_

Data de nascimento: \_\_\_\_\_

Assinatura do Cliente/

Pais ou

Tutor: \_\_\_\_\_

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

## AVISO RELATIVO ÀS PRÁTICAS DE INFORMAÇÃO DE SAÚDE

**Este aviso descreve a forma como a sua informação médica pode ser usada e divulgada e sobre como você pode obter acesso a esta informação, por favor, analise-o cuidadosamente.**

### Compreender o seu Registo/Informação de saúde:

- Quando você visita o Greater Portland Health, é documentado um registo da visita. Este registo pode incluir os seus sintomas, resultados de exames e testes, diagnóstico, tratamento e um plano para futuros cuidados/serviços. Esta informação designada registo de saúde/médico é uma parte essencial dos serviços/cuidados de saúde que prestamos. Serve como:
- Base para o planeamento dos seus cuidados e tratamento.
- Meios de comunicação com profissionais de saúde que contribuam para os seus cuidados.
- Documento de natureza jurídica que descreve os cuidados/serviços que você recebe.
- Verificação para pagadores terceiros (companhias de seguros) que os serviços foram prestados.

### Os seus direitos relativos à sua Informação de saúde

Embora o seu registo de saúde seja propriedade física do Greater Portland Health, a informação pertence a você. Ao abrigo das Normas de privacidade federal, você tem o direito de:

- Ser notificado do uso e divulgação do seu registo de saúde/médico, incluindo uma cópia em papel do aviso se solicitado.
- Solicitar restrições ao uso e divulgação da sua informação de saúde, ou solicitar que enviemos as suas comunicações confidenciais por meios alternativos.
- Inspeccionar e obter uma cópia do seu registo.
- Solicitar que o seu registo de saúde seja alterado.

### As nossas responsabilidades

O Greater Portland Health está obrigado a:

- Manter a privacidade da sua informação de saúde.
- Notificar-lhe quanto aos deveres legais e às práticas de privacidade do Greater Portland Health no que se refere à informação de saúde que recolhemos e mantemos sobre si.
- Cumprir os termos deste aviso.
- Obter o seu consentimento antes de divulgar a sua informação de saúde/médica.

O Greater Portland Health reserva-se o direito de alterar e rever as suas práticas de privacidade para se manter em conformidade com as leis federais e estaduais. Se isto for necessário então os pacientes/clientes receberão um novo **Aviso relativo às práticas de informação sobre saúde** na visita seguinte.

### Divulgações permitidas sem consentimento para fins de prioridade nacional

O Greater Portland Health está autorizado a usar e divulgar a sua informação de saúde sem o seu consentimento quando:

- Exigido pela lei estadual ou federal.
- Às autoridades, incluindo funcionários médicos estaduais, à Administração de Alimentos e Fármacos (Food and Drug Administration), autoridades policiais, organizações para a aquisição de órgãos, médicos legistas, quando relacionado com o seguro de acidentes de trabalho, quando solicitado para determinadas funções governamentais especializadas, incluindo situações militares e similares e outras agências encarregadas de prevenir ou controlar doenças.

### Acordo de cuidados de saúde organizados

O Greater Portland Health é membro da Community Care Partnership of Maine (“CCPM”), um “Acordo de cuidados de saúde organizados” focado na melhoria da saúde nas comunidades que serve. Os membros do CCPM, em colaboração com as companhias de seguros, usam a análise da saúde da população, análise de utilização, avaliação da qualidade e atividades de melhoria e outras estratégias baseadas em evidência para melhorar os seus cuidados de saúde. Os membros são mutuamente responsáveis pela saúde de todos os pacientes servidos pela CCPM. As entidades que constituem este Acordo de cuidados de saúde organizados incluem os seguintes centros de saúde e hospitais comunitários: Cary Medical Center, DFD Russell Medical Center, Fish River Rural Health, Katahdin Valley Health Center, Mayo Regional Hospital, Millinocket Regional Hospital, Nason Health Care, Pines Health Services, Penobscot Community Health Center, Greater Portland Health, Sebasticook Family Doctors e St. Joseph Healthcare. O Acordo de cuidados de saúde organizados da CCPM permite que estas entidades cobertas separadas, incluindo o Greater Portland Health, partilhem o PHI uns com os outros conforme necessário para realizar um tratamento permissível, pagamento ou operações de saúde referentes ao trabalho do Acordo de cuidados de saúde organizados, salvo se se encontrar por outra forma limitado por lei, norma ou regulamento. A lista de entidades pode ser atualizada para se aplicar a novas entidades no futuro. Você pode aceder à lista mais recente em [www.ccpmmaine.org/members](http://www.ccpmmaine.org/members) ou telefonar para 207-992-9200.

**Para mais informação, para solicitar informação ou para comunicar um problema**

Se você tiver dúvidas pode contactar o Greater Portland Health, 180 Park Ave, Portland, ME 04102. (207) 874-2141. [www.greaterportlandhealth.org](http://www.greaterportlandhealth.org). Se considerar que os seus direitos à privacidade foram violados, você pode apresentar uma queixa junto do Responsável pela privacidade e segurança no endereço acima, ou junto do Secretário de estado da saúde e dos serviços humanos, Washington, D.C. Não haverá qualquer retaliação em virtude da apresentação da queixa.



## Contrato de cuidados do paciente

### Horário de funcionamento

1. O horário de funcionamento do Greater Portland Health encontra-se indicado abaixo por localização:
  - a. 180 Park Avenue
 

Segunda, Quarta, Quinta-feira	8h00 às 19h00
Terça, Sexta-feira	8h00 às 17h00
Sábado	8h00 às 12h00
  - b. 63 Preble St (Atendimento Médico para Desabrigados)
 

Segunda a Sexta-feira	7h45 às 15h00
-----------------------	---------------
  - c. 211 Cumberland Ave (Franklin Towers)
 

Terça, Quinta, Sexta-feira	8h00 às 12h00
----------------------------	---------------
  - d. 59 Riverton Drive (Riverton Park)
 

Segunda, Terça, Quinta, Sexta-feira	8h00 às 17h00
-------------------------------------	---------------
  - e. 100 Brick Hill Ave, South Portland (O Castelo)
 

Segunda a Sexta-feira	8h00 às 17h00
-----------------------	---------------

### Marcação de uma consulta inicial

1. Tendo em vista servi-lo melhor como paciente do Greater Portland Health, por favor preencha a documentação de novo paciente durante esta primeira consulta. Se precisar de ajuda para preencher a documentação, um funcionário poderá ajudá-lo.
2. A nenhum paciente serão recusados cuidados devido à sua impossibilidade de pagar. Se não tiver seguro, faremos uma marcação inicial para admissão com o Consultor de apoio financeiro para ajudar a assegurar que o seu tratamento é acessível. Temos um Programa de desconto por tabela de preço variável (Sliding Fee Scale Discount Program) (Programa SFSD) com base no rendimento para pacientes que não tenham seguro. Se pretender inscrever-se no nosso Programa SFSD, você tem de apresentar a prova do rendimento do agregado familiar. Este pode incluir:
  - Uma cópia da Declaração de imposto de renda mais recente apresentada, o seu registo contabilístico se trabalhar por conta própria, os W-2 atuais do agregado familiar ou uma cópia dos recibos dos salários. Traga 4 recibos de salário se receber ou a sua família receber à semana e 2 recibos de salário se receber quinzenalmente. São necessários os recibos de salários de todos os membros da sua família que trabalhem.
  - Uma cópia dos cheques TANF, cheques SSI/SSDI, cheques de aposentadoria, extratos de benefícios VA, desemprego, seguro de acidentes de trabalho, seguro social, extratos bancários ou depósitos diretos para qualquer dos anteriores.
  - Prova de pensão de alimentos ou de pensão de alimentos para menores que pague ou receba.
  - Se alguém no seu agregado familiar receber assistência do City General Assistance (GA), apresente prova de apoio do GA.
  - Se receber assistência de um familiar ou amigo, traga uma carta de apoio.
  - Documentação relativa a rendimentos de rendas e rendimento de juros.





A informação do rendimento tem de ser atualizada pelo menos anualmente.

Serão aplicadas as taxas na totalidade se não for recebida a documentação relativa ao rendimento.

3. Por favor preencha o Formulário de divulgação de informação e indique-nos o nome, endereço, número de telefone e número de fax dos seus prestadores de cuidados anteriores para garantir que temos a informação necessária para lhe prestar os melhores cuidados possíveis. Gostaríamos de ter todos os registos relacionados com a sua saúde, incluindo registos de vacinação.
4. Você deverá chegar 10 minutos antes da hora marcada para a consulta.
5. É necessário que traga o seu cartão de seguro sempre que vem à consulta.
6. Os copagamentos devem ser pagos no momento da visita.

### **Política relativa a não comparecimento à consulta**

1. Compreendemos que por vezes surgem conflitos e que a data consultas tenha de ser alterada. É necessário um pré-aviso de 24 horas, para que possamos reagendar a sua consulta e abrir a consulta cancelada para outro paciente.
2. Considera-se que houve uma falta de comparecimento à consulta se:
  - O paciente faltar à consulta.
  - O paciente chegar com mais de 10 minutos de atraso à consulta.
  - O paciente cancelar ou reagendar a consulta num prazo inferior ao pré-aviso estabelecido.
3. Depois de três faltas de comparecimento a consultas no prazo de 12 meses, os pacientes terão de marcar as consultas no próprio dia e a marcação de consultas com antecedência deixará de ser oferecida.

### **Política financeira**

1. Espera-se que o pagamento seja efetuado no momento em que você recebe os serviços. Se tiver seguro ou se estiver no nosso Programa de desconto com tabela de preço variável (Sliding Fee Scale Discount Program), ser-lhe-á solicitado que efetue o copagamento.
2. Se não tiver possibilidade de pagar a taxa no momento da prestação do serviço, ser-lhe-á apresentada uma fatura e você pode solicitar um plano de pagamento. Desde que você mantenha os seus pagamentos em dia de acordo com um plano de pagamentos estabelecido de boa-fé, continuaremos a prestar os cuidados. A recusa do pagamento ou de aceitar um plano de pagamentos pode resultar na exclusão do centro de saúde e no envio da sua conta para uma agência de cobrança externa.
3. Aceitamos dinheiro, cheques Visa, Master Card e Discover.
4. Aceitamos a maioria dos seguros comerciais, MaineCare, Medicare e Tri-Care.
5. Há uma taxa de \$20 para quaisquer cheques devolvidos por falta de provisão.
6. Cabe-lhe a si a responsabilidade de notificar o Greater Portland Health que determinado tratamento está relacionado com um acidente (Caso do seguro de acidentes de trabalho).
7. Trabalhamos com o NorDx para exames laboratoriais. Se tiver seguro, o NorDx faturará o seu seguro relativo a todas as análises laboratoriais realizadas. O NorDx faturar-lhe-á quaisquer custos não cobertos pelo seu seguro. Se estiver num Programa de desconto com tabela de preço variável (Sliding Fee Scale Discount Program), o NorDx aceita a nossa tabela de preço variável com base no rendimento do agregado familiar e os custos serão faturados com base no seu desconto. Se você não pagar ao NorDx o custo das análises laboratoriais, o NorDx pode enviar a sua fatura para um agência de cobrança. Se tiver quaisquer questões sobre os custos laboratoriais, pergunte ao nosso pessoal.



### **Para ser visto por Prestador**

1. Se você necessitar marcar uma consulta, agradecemos que telefone durante o horário normal de expediente e espere na linha para falar com um Representante do Serviço de apoio ao paciente.
2. Se tiver uma pergunta médica de caráter geral relativa a um medicamento ou à sua saúde, ou uma necessidade médica urgente durante o horário normal de expediente, agradecemos que telefone para o nosso escritório e escolha a opção nº 3.
3. Se tiver uma necessidade médica urgente fora do horário de expediente do Centro de saúde, pode ligar para a linha principal 207-874-2141 e você será direcionado para o enfermeiro de serviço.
4. Se tiver uma urgência médica, marque 9-1-1.

### **Reabastecimento de medicação**

1. Dê um prazo de 48 horas para o processamento de quaisquer pedidos de reabastecimento do medicamento. Cabe-lhe a responsabilidade de notificar o nosso escritório antes de ficar sem medicamentos.
2. Se não tiver uma consulta marcada com o seu prestador e necessitar de medicamentos, pode solicitar o reabastecimento de alguns medicamentos por telefone, agradecemos que ligue durante o horário normal de expediente e que prima **3 (três)** para falar com um assistente do médico.
3. As substâncias controladas não serão reabastecidas por telefone.

### **Encaminhamento para outros Prestadores**

1. Se o seu prestador o encaminhar para outro médico ou prestador para o assistir nos seus cuidados, o nosso pessoal tratará da coordenação do encaminhamento. É muito importante que você não falte a quaisquer consultas com outros prestadores e cabe-lhe a responsabilidade de telefonar para remarcar se não puder vir à consulta.

### **Política sobre substâncias controladas**

1. Os prestadores no Greater Portland Health não receitam substâncias controladas para a dor crônica. Os prestadores limitam o uso de narcóticos ou de outras substância controladas a situações raras devido ao elevado potencial de abuso.

**PRIVACIDADE DA INFORMAÇÃO DE SAÚDE**

**Autorizo, pelo presente, a divulgação da PHI (Informação de Saúde Privada) necessária para apresentação de uma solicitação de pagamento à minha companhia de seguros e cedo os benefícios, que de outra forma me seriam pagáveis, ao médico ou grupo indicado na solicitação. Uma cópia da assinatura abaixo tem a mesma validade que o original.**

Ao assinar abaixo você declara que a informação que prestou é verdadeira e que autoriza o GREATER PORTLAND HEALTH a verificar essa informação e a divulgá-la aos prestadores de cuidados consultados/mútuos. Também aceita permitir que o GREATER PORTLAND HEALTH partilhe os seus dados demográficos e relativos ao rendimento com os financiadores estaduais, federais e privados conforme necessário. Também reconhece ser financeiramente responsável pelo saldo total dos custos se for o responsável direto pelo pagamento; pelo saldo dos seus custos depois de ter sido aplicado qualquer desconto; e por quaisquer franquias, copagamentos ou por quaisquer serviços que não se encontrem cobertos pelo seu seguro. Qualquer informação que se descubra agora, ou no futuro, ser falsa, pode ser considerada fraude pela qual você poderá ser considerado responsável. Também lhe foi entregue uma cópia da sua Carta de Direitos do Paciente, Contrato de cuidados do paciente e o HIPAA: Aviso sobre as práticas de privacidade. A sua assinatura também confirma o recebimento e a compreensão destes documentos e comprova que a informação contida neste formulário foi prestada por si.

Eu, abaixo-assinado, certifico que tenho cobertura de seguro e cedo todos os benefícios do seguro a pagar, ao Greater Portland Health, que de outra forma me seriam pagos, pelos serviços prestados. Compreendo que sou financeiramente responsável por todos os custos sejam ou não pagos pelo seguro. Autorizo, pelo presente, a entidade de cuidados de saúde indicada a divulgar toda a informação necessária para garantir o pagamento dos benefícios. Autorizo o uso da minha assinatura em todas as solicitações ao seguro.

X

\_\_\_\_\_  
**Assinatura do Segurado / Parte Responsável / Paciente / Pais ou Tutor**

\_\_\_\_\_  
**Data**

\_\_\_\_\_  
**Nome em maiúsculas**

\_\_\_\_\_  
**Data de Nascimento**