

|                                                       |                    |               |
|-------------------------------------------------------|--------------------|---------------|
|                                                       |                    | Data _____    |
| Nome                                                  | Data de Nascimento |               |
| No do Seguro Social (SSN)                             | Celular            |               |
| Endereço de E-mail                                    | Tel Residencial    |               |
| Endereço                                              | Tel de Trabalho    |               |
| Cidade                                                | Estado             | Código Postal |
| Estado Civil — Casado / Solteiro / Viúvo / Divorciado |                    | No de Filhos  |
| Nome do Cônjuge                                       |                    | Sua Profissão |
| Nome e Telefone do Contato de Emergência              |                    | (      )      |

## INFORMAÇÕES DE SAÚDE

Queixa principal

Outras queixas

Há quanto tempo você tem esta condição?

Você já consultou outro(s) médico(s) por causa desta condição? Sim / Não Em caso afirmativo, liste.

Você já teve condições semelhantes no passado? Sim / Não Em caso afirmativo, liste.

Você está tomando algum medicamento? Sim / Não Em caso afirmativo, liste.

Você já fez alguma cirurgia? Sim / Não Em caso afirmativo, liste.

Grávida? Sim / Não Em caso afirmativo, nº de semanas

Quem é o seu médico de atenção primária?

Nome

Data de nascimento

## **INFORMAÇÕES DO PLANO DE SAÚDE**

Você tem plano de saúde? Sim / Não

Companhia de seguro

Nº de identificação do membro

Esta condição é decorrente de:

lesão relacionada ao trabalho? Sim / Não      acidente de automóvel? Sim / Não  
escorregão ou queda? Sim / Não

Data da lesão

Em que estado está registrado o carro que você dirigia/ocupava?

## **PARA ACIDENTE DE TRABALHO**

Data da lesão

Descrição da lesão

Seguradora do seguro de Acidente de Trabalho

Nº do sinistro

Nome do perito (ajustador)

Telefone (      )

Nome do empregador

Telefone (      )

Você tem advogado? Sim / Não

Nome do advogado

Telefone (      )

## **PARA ACIDENTE DE VEÍCULO AUTOMOTOR**

Nome do seguro do automóvel (do veículo em que você estava)

Foi aberto um sinistro médico? Sim / Não

Nº do sinistro

Nome do perito (ajustador)

Telefone (      )

Você tem advogado? Sim / Não

Nome do advogado

Telefone (      )

## **PARA LESÃO POR ESCORREGÃO E QUEDA**

Em caso de escorregão e queda, local da lesão

Foi aberto um sinistro médico? Sim / Não

Nº do sinistro

Você tem advogado? Sim / Não

Nome do advogado

Telefone (      )

## REVISÃO DE SINTOMAS

**Marque sim ou não para as seguintes condições ou sintomas que você tem atualmente ou já teve no passado:**

SIM NÃO

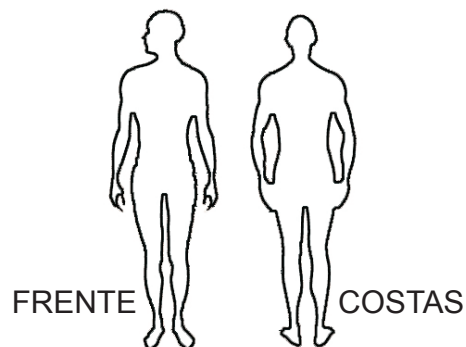
- ☐ ☐ *Dor abdominal*
- ☐ ☐ *Anemia*
- ☐ ☐ *Dor no braço ou ombro*
- ☐ ☐ *Artrite: reumatoide, gota, osteoartrite*
- ☐ ☐ *Dor nas costas*
- ☐ ☐ *Problemas de bexiga*
- ☐ ☐ *Câncer (Onde):* \_\_\_\_\_

- ☐ ☐ *Dor no peito*
- ☐ ☐ *Diabetes*
- ☐ ☐ *Distúrbio digestivo*
- ☐ ☐ *Tontura*
- ☐ ☐ *Olhos ou visão embaçada*
- ☐ ☐ *Dores de cabeça*

SIM NÃO

- ☐ ☐ *Problemas cardíacos*
- ☐ ☐ *Pressão alta ou baixa*
- ☐ ☐ *Dor no quadril ou perna*
- ☐ ☐ *Problemas do sistema imunológico*
- ☐ ☐ *Problemas renais*
- ☐ ☐ *Fígado/Ictericia/Hepatite*
- ☐ ☐ *Distúrbio pulmonar ou brônquico*
- ☐ ☐ *Dor no pescoço*
- ☐ ☐ *Neurológico: AVC, convulsões, dormência*
- ☐ ☐ *Tireoide*

Marque no diagrama onde você sente dor, dormência ou formigamento.



- ☐ ☐ *Alergias: Medicamentos* \_\_\_\_\_
- ☐ ☐ *Outras alergias:* \_\_\_\_\_

## HISTÓRICO SOCIAL

Você está empregado? Sim / Não \_\_\_\_\_

Você fuma? Sim / Não    Em caso afirmativo, há quanto tempo? \_\_\_\_\_ Quanto? (    ) maço(s) por dia \_\_\_\_\_

Você usa drogas recreativas? Sim / Não    Em caso afirmativo, há quanto tempo? \_\_\_\_\_ Quanto? \_\_\_\_\_

Você consome bebida alcoólica? Sim / Não    Quanto por dia? \_\_\_\_\_ Por semana? \_\_\_\_\_ Por mês? \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

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

## **HISTÓRICO FAMILIAR**

**Algum câncer em sua família imediata?**

Vivo / Falecido

**Mãe:** Sim / Não Qual tipo? \_\_\_\_\_

☐☐

Se falecida, causa da morte: \_\_\_\_\_

**Pai:** Sim / Não Qual tipo? \_\_\_\_\_

☐☐

Se falecido, causa da morte: \_\_\_\_\_

**Irmão:** Sim / Não Qual tipo? \_\_\_\_\_

☐☐

Se falecido, causa da morte: \_\_\_\_\_

**Irmã:** Sim / Não Qual tipo? \_\_\_\_\_

☐☐

Se falecida, causa da morte: \_\_\_\_\_

## **POR FAVOR, REVISE E ASSINE**

*Eu entendo e concordo que as apólices de seguro de saúde e de acidentes são um acordo entre a seguradora e eu. Além disso, entendo que o consultório preparará os relatórios e formulários necessários para me ajudar a obter o pagamento da companhia de seguros e que qualquer valor autorizado será pago diretamente à Connecticut Physical Medicine, LLC e creditado em minha conta no recebimento. No entanto, entendo e concordo claramente que todos os serviços prestados a mim são cobrados diretamente de mim e que sou pessoalmente responsável pelo pagamento. Também entendo que, se eu suspender ou encerrar meus cuidados ou tratamento, quaisquer honorários por serviços profissionais prestados a mim serão imediatamente devidos e pagáveis. Ao assinar este formulário, entendo ainda que estou dando permissão à Connecticut Physical Medicine, LLC para me enviar seu boletim informativo mensal. Se eu não desejar receber este boletim, posso informar o consultório a qualquer momento e/ou cancelar a inscrição a qualquer momento. Todas as informações acima fornecidas por mim neste formulário são verdadeiras.*

➡ Assinatura do paciente \_\_\_\_\_

➡ Data \_\_\_\_\_

➡ Assinatura do responsável \_\_\_\_\_

➡ Data \_\_\_\_\_



### **AVISO DE PRÁTICAS DE PRIVACIDADE**

Este aviso de práticas de privacidade divulga como as informações de saúde sobre você podem ser utilizadas.

A Connecticut Physical Medicine, LLC utiliza as informações de saúde sobre você para tratamento, para obter o pagamento do tratamento com a sua autorização quando exigida (consulte as leis do seu estado), para fins administrativos e para avaliar a qualidade do atendimento que você recebe.

A Connecticut Physical Medicine, LLC não divulgará suas informações a terceiros, a menos que você nos autorize a fazê-lo ou a menos que a lei nos autorize ou exija que o façamos.

A Connecticut Physical Medicine, LLC pode usar suas informações para fornecer lembretes de consultas, informações sobre alternativas de tratamento ou outros assuntos relacionados à saúde.

A Connecticut Physical Medicine, LLC pode divulgar suas informações para atividades de saúde pública, a diretores de funerárias para que possam desempenhar suas funções, para doações de órgãos e tecidos, pesquisa, saúde e segurança, funções governamentais a fim de cumprir as leis e os regulamentos de Acidente de Trabalho, um direito de solicitar restrição, relatar e reter uma cópia do seu prontuário de saúde, solicitar a comunicação de suas informações por meios alternativos em locais alternativos, revogar sua autorização e solicitar uma prestação de contas dos seus prontuários de saúde.

Você pode apresentar uma reclamação ao Encarregado de Privacidade (Privacy Officer) e ao Departamento de Saúde e Serviços Humanos (Department of Health and Human Services) se acreditar que seus direitos de privacidade foram violados. Você não sofrerá represálias por apresentar uma reclamação.

A Connecticut Physical Medicine, LLC deve manter a privacidade das informações de saúde protegidas, fornecer a você um aviso de seus deveres legais e práticas de privacidade em relação às suas informações de saúde, cumprir os termos do aviso, notificá-lo caso não tenha podido concordar com a restrição solicitada sobre como suas informações são usadas ou divulgadas, atender às solicitações razoáveis que você fizer para se comunicar com as informações de saúde por meios alternativos ou em locais alternativos, e obter sua autorização por escrito para usar ou divulgar suas informações de saúde por motivos além dos listados acima e permitidos por lei.

Este aviso de práticas de privacidade permanecerá em vigor até que o paciente o revogue por escrito a este consultório.

Se você tiver dúvidas ou reclamações, entre em contato com o nosso gerente do consultório pelo telefone 203.437.7229.

➡ Assinatura do paciente: \_\_\_\_\_ ➡ Data: \_\_\_\_\_



### **AUTORIZAÇÃO PARA DIVULGAÇÃO DE INFORMAÇÕES MÉDICAS**

Eu, \_\_\_\_\_, data de nascimento \_\_\_\_\_,  
autorizo \_\_\_\_\_ a divulgar minhas Informações de Saúde Protegidas,  
conforme descrito abaixo, para:

**Por favor, envie todos os registros por fax para:**  
**Connecticut Physical Medicine, LLC**  
**Fax (203) 504-7700**

**Connecticut Physical Medicine, LLC**  
**PO Box 1105**  
**Enfield, CT 06083-1105**

**Solicito que as informações a serem divulgadas consistam no seguinte (MARQUE TODAS AS OPÇÕES APLICÁVEIS):**

- ☐ Prontuário médico completo a partir da data da lesão (DOI): \_\_\_\_\_
- ☐ Documentação de consulta      ☐ Laudos de raios-X      ☐ Histórico médico, registros de avaliação
- ☐ Relatórios cirúrgicos      ☐ Resultados de laboratório      ☐ Registros hospitalares, incluindo laudos

**Também autorizo especificamente que quaisquer informações sensíveis sejam divulgadas aos destinatários acima mencionados a respeito de (MARQUE TODAS AS OPÇÕES APLICÁVEIS):**

- ☐ HIV/AIDS      ☐ Abuso de substâncias (alcoolismo ou uso de drogas)      ☐ Saúde mental

#### **DIREITOS DO INDIVÍDUO RELATIVOS A ESTA AUTORIZAÇÃO:**

Entendo que devo receber uma cópia deste formulário se eu optar por assiná-lo. Entendo que não sou obrigado a assinar este formulário e que o consultório não pode condicionar meu tratamento, pagamento ou inscrição/elegibilidade para benefícios à minha decisão de assiná-lo. Entendo que posso revogar minha Autorização e que, para receber uma cópia da minha revogação, devo entrar em contato com o gerente do consultório pelo telefone 203.437.7229. Estou ciente de que minha revogação não terá efeito sobre os usos e/ou divulgações das minhas informações de saúde que a(s) pessoa(s) e/ou organização(ões) listada(s) acima já tenham feito com base nesta Autorização.

***Tive a oportunidade de revisar e compreender o conteúdo deste formulário de Autorização. Ao assinar esta Autorização, confirmo que ela reflete com precisão os meus desejos. Esta liberação permanecerá em vigor até que o paciente notifique o consultório por escrito para encerrá-la.***

➡ **Assinatura do paciente:** \_\_\_\_\_ ➡ **Data:** \_\_\_\_\_

➡ **Assinatura do responsável (se aplicável):** \_\_\_\_\_

➡ **Descrição do parentesco do responsável:** \_\_\_\_\_

## **ACORDO FINANCEIRO**

### **Lesão Pessoal e/ou Acidente de Trabalho**

Gostaríamos de aproveitar este momento para dar as boas-vindas ao nosso consultório e assegurar que você receberá o melhor atendimento disponível para a sua lesão pessoal e/ou lesão relacionada ao trabalho.

#### **Formas de pagamento:**

##### **Responsabilidade de pagamento em caso de lesão pessoal**

Como cortesia, teremos prazer em enviar suas contas médicas à sua seguradora de automóvel e/ou ao seu advogado; no entanto, todos os serviços prestados por este consultório serão cobrados diretamente de você e, em última análise, você será responsável pelo pagamento dessas contas, independentemente de qualquer acordo que você venha ou não a receber.

Mais uma vez, damos as boas-vindas ao nosso consultório. Esperamos ter respondido a quaisquer dúvidas que você possa ter sobre nossas condições financeiras. Se tiver outras dúvidas sobre seu atendimento, não hesite em perguntar.

##### **Lesão de Acidente de Trabalho (Workers' Compensation):**

Se você estiver sendo tratado de uma condição relacionada ao trabalho, gostaríamos que você entendesse como o seu caso será conduzido pelo nosso consultório. A primeira coisa que você precisa saber é que a seguradora do seu empregador, por lei, é totalmente responsável pelo pagamento do seu atendimento em nosso consultório. Quando uma pessoa é tratada de uma condição resultante exclusivamente de um acidente industrial ou incidente relacionado ao trabalho, o seu seguro de Acidente de Trabalho pagará pelo tratamento que restaure a sua saúde a um estado anterior à lesão, em uma condição permanente e estável.

##### **Notificação ao empregador:**

Quando você sofrer uma lesão ou doença relacionada ao trabalho, a lei exige que você notifique o seu empregador no prazo de 30 dias após a lesão. Se você não comunicar sua lesão conforme exigido, poderá ser responsável pelo pagamento das despesas incorridas em nosso consultório.

##### **Sintomas anteriores:**

Se você atualmente apresenta sintomas ou problemas que sofria antes da sua lesão relacionada ao trabalho, estes podem ser considerados “fatores contribuintes” para a sua condição atual. Avaliaremos esses sintomas para determinar se, e em que medida, esses fatores estão relacionados à sua condição atual. Uma vez determinado isso, notificaremos a sua seguradora de Acidente de Trabalho para repartir ou alocar parte do seu atendimento ao tratamento desses sintomas.

##### **Suas responsabilidades**

Este consultório é especializado no tratamento de pacientes de Lesões Pessoais e de Acidente de Trabalho, portanto é muito importante que você siga nossas recomendações e compareça às consultas agendadas com este consultório a fim de obter os máximos benefícios para a sua condição. Para os sinistros de Acidente de Trabalho, a lei determina que, se você optar por não receber o atendimento necessário para o tratamento da sua condição, seus benefícios de Acidente de Trabalho serão descontinuados e o seu caso será encerrado.

##### **Encerramento do atendimento**

Quando a sua condição atingir um “estado anterior à lesão” ou for determinada como “permanente e estável”, notificaremos você, o seu advogado e/ou a sua seguradora de Acidente de Trabalho, e encerraremos o seu caso em nosso consultório.

Agradecemos a oportunidade de atendê-lo e ficamos à disposição para quaisquer dúvidas que você tenha sobre o seu caso.

Li e concordei com o acima exposto.

➡ Assinatura do paciente: \_\_\_\_\_

➡ Data: \_\_\_\_\_

## CONSENTIMENTO PARA TRATAMENTO

### **Consulta e/ou tratamento médico**

Por meio deste, solicito e consinto com o plano de tratamento que me foi explicado para meus sintomas médicos, queixas e doença. Se eu for encaminhado para serviços de fisioterapia, entendo que isso faz parte deste consultório e consinto com isso.

### **Quiropraxia / Fisioterapia**

Por meio deste, solicito e consinto com a realização de ajustes quiropráticos e outros procedimentos quiropráticos e de fisioterapia, incluindo diversas modalidades de fisioterapia em mim (ou no paciente nomeado abaixo, pelo qual sou legalmente responsável) pelos quiropraxistas e fisioterapeutas que trabalham agora ou venham a trabalhar na clínica ou no consultório acima indicado, ou em qualquer outro consultório ou clínica.

Entendo e fui informado de que, assim como na prática da medicina, na prática da fisioterapia e da quiropraxia existem alguns riscos no tratamento, incluindo, entre outros, fraturas, lesões de disco, AVCs, luxações e distensões. Não espero que o médico e/ou fisioterapeuta seja capaz de antecipar e explicar todos os riscos e complicações, e desejo confiar que o médico/terapeuta exerça o seu julgamento durante o procedimento, conforme ele/ela considerar, no momento e com base nos fatos então conhecidos, ser do meu melhor interesse.

Li, ou tive lido para mim, o consentimento acima. Ao assinar abaixo, concordo com os procedimentos acima mencionados. Pretendo que este termo de consentimento abranja todo o curso do tratamento para a minha condição atual e para qualquer condição futura para a qual eu venha a buscar tratamento.

Todos os procedimentos (médicos, quiropráticos e de fisioterapia) estarão cobertos por este consentimento e permanecerão em vigor até que o paciente revogue o consentimento por escrito a este consultório.

Entendo que os resultados não são garantidos.

➡ Assinatura do paciente \_\_\_\_\_

➡ Data \_\_\_\_\_

➡ Assinatura do pai/mãe/responsável \_\_\_\_\_

➡ Data \_\_\_\_\_



Nome do advogado \_\_\_\_\_

**LIBERAÇÃO DE PRONTUÁRIOS MÉDICOS E PENHOR MÉDICO (DOCTOR'S LIEN)**

Por meio deste, autorizo a Connecticut Physical Medicine, LLC a fornecer a você, meu advogado, um relatório completo do exame, diagnóstico, tratamento, prognóstico, etc., referente a mim em relação ao acidente/lesão em que estive envolvido.

Por meio deste, autorizo e instruo você, meu advogado, a pagar diretamente ao referido médico as quantias que lhe sejam devidas pelos serviços médicos prestados a mim, tanto em razão deste acidente quanto de quaisquer outras contas devidas ao seu consultório, e a reter tais quantias de qualquer acordo, sentença ou veredicto, na medida do necessário para proteger adequadamente o referido médico. Concedo ainda um penhor (lien) sobre o meu caso ao referido médico sobre toda e qualquer quantia proveniente do meu acordo, sentença ou veredicto que possa ser paga a você, meu advogado, ou a mim, em decorrência das lesões pelas quais fui tratado ou de lesões a elas relacionadas.

Compreendo plenamente que sou direta e integralmente responsável perante o referido médico por todas as contas médicas por ele apresentadas pelos serviços prestados, e em consideração ao fato de ele aguardar o pagamento. Compreendo ainda que tal pagamento não está condicionado a nenhum acordo, sentença ou veredicto pelo qual eu venha eventualmente a recuperar o referido valor.

Por favor, confirme esta carta assinando abaixo e devolvendo-a ao consultório do médico. Fui avisado de que, se o meu advogado não desejar cooperar na proteção do interesse do médico, o médico não aguardará o pagamento, mas exigirá que eu efetue o pagamento em bases correntes.

D.O.I. \_\_\_\_\_ Nome do paciente (em letra de forma) \_\_\_\_\_

➡ Assinatura do paciente \_\_\_\_\_ ➡ Data \_\_\_\_\_

O(A) abaixo-assinado(a), sendo o advogado constituído do paciente acima, concorda por meio deste em observar todos os termos acima e em reter tais quantias de qualquer acordo, sentença ou veredicto na medida do necessário para proteger adequadamente o referido médico acima nomeado.

➡ Assinatura do advogado \_\_\_\_\_ ➡ Data \_\_\_\_\_

**Por favor, envie o termo de penhor (lien) assinado por fax para (203) 504-7700.**