

Bem-vindo à Blackstone Valley Community Health Care

## INGESTÃO DEMOGRÁFICA

PRIMEIRO NOME: \_\_\_\_\_ INICIAL MÉDIO: \_\_\_\_\_ SOBRENOME: \_\_\_\_\_

DOB: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ ENDEREÇO DE EMAIL: \_\_\_\_\_

ENDEREÇO RESIDENCIAL: \_\_\_\_\_

CASA#: \_\_\_\_\_ TELEMÓVEL# \_\_\_\_\_ : TRABALHO#: \_\_\_\_\_

CONTATO DE EMERGÊNCIA: \_\_\_\_\_ Relação \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

FARMÁCIA: \_\_\_\_\_ Endereço: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

**Preferências de notificação:** Temos vários motivos para entrar em contato consigo usando métodos diferentes. Por favor, verifique seus métodos preferidos.

<input type="checkbox"/> Lembretes de Voz	<input type="checkbox"/> Mensagem de Texto
<input type="checkbox"/> Email	<input type="checkbox"/> Portal do Patient

### É NOS REQUERIDO OBTER AS SEGUINTE INFORMAÇÕES POR DIRETRIZES FEDERAIS:

<b>Habitação e Trabalho / Escola / Veteran Status: Por favor circule todos os que se aplicam</b>					
Habitação:	Sem abrigo	Habitação pública	Dobrando-se (dividindo um quarto)	Abriço	Rua Transicional
	Não sem casa				
<b>Trabalho / Escola / Veterano:</b>	Trabalhador rural	Trabalhador migrante	Trabalhador sazonal	Clínica escolar	Veterano

<b>RAÇA:</b> Marque uma das seguintes opções:	<b>ETHNICITY:</b> Verifique uma das seguintes opções:
<input type="checkbox"/> Branco <input type="checkbox"/> Nativos havaianos <input type="checkbox"/> Índio americano ou nativo do Alasca <input type="checkbox"/> Ilhas do Pacífico	<input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negros ou afro-americanos <input type="checkbox"/> Não declarado / Recusado a informar <input type="checkbox"/> Mais de uma raça <input type="checkbox"/> Hispânico ou Latino <input type="checkbox"/> Não hispânicos ou latinos <input type="checkbox"/> Recusado a responder

**Verificação de vencimento:** Para ser considerado por uma taxa reduzida, por favor, circule seu tamanho familiar e vencimento familiar anual

Agregado Familiar	Vencimento Anual				
1	\$0 - \$12,140	\$12,141 - \$16,389	\$16,390 - \$20,638	\$20,639 - \$24,280	\$24,281 & acima
2	\$0 - \$16,460	\$16,641 - \$22,221	\$22,222 - \$27,982	\$27,983 - \$32,920	\$32,921 & acima
3	\$0 - \$20,780	\$20,781 - \$28,053	\$28,054 - \$35,326	\$35,327 - \$41,560	\$41,561 & acima
4	\$0 - \$25,100	\$25,101 - \$33,885	\$33,886 - \$42,670	\$42,671 - \$50,200	\$50,201 & acima
5	\$0 - \$29,420	\$29,421 - \$39,717	\$39,718 - \$50,014	\$50,015 - \$58,840	\$58,841 & acima
6	\$0 - \$33,740	\$33,741 - \$45,549	\$45,550 - \$57,358	\$57,359 - \$67,480	\$67,481 & acima
7	\$0 - \$38,060	\$38,061 - \$51,381	\$51,382 - \$64,702	\$64,703 - \$76,120	\$76,121 & acima
8	\$0 - \$42,380	\$42,381 - \$57,213	\$57,214 - \$72,046	\$72,047 - \$84,760	\$84,761 & acima
9	\$0 - \$46,700	\$46,701 - \$63,045	\$63,046 - \$79,390	\$79,391 - \$93,400	\$93,401 & acima
10	\$0 - \$51,020	\$51,020 - \$68,877	\$68,878 - \$86,734	\$86,735 - \$102,040	\$102,041 & acima

Recusou-se a responder: \_\_\_\_\_

**Veja o verso da próxima página** 

<b>Identidade de Gênero no Nascimento:</b> Qual foi o seu gênero ao nascer?      Masculino_____      Feminino_____	
Identidade de gênero actual : se você se identificar com um gênero diferente de seu gênero de nascimento, verifique o caixa abaixo que mais se aplica:	
<input type="checkbox"/> Feminino	<input type="checkbox"/> Feminino para masculino (FTM) (transgênero masculino / masculino)
<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Masculino para Feminino (MTF) (Transgênero Fêmea / Mulher)
<input type="checkbox"/> Gênero queer, não exclusivamente masculino ou feminino <input type="checkbox"/> Categoria de gênero adicional ou outra, especifique:	
<input type="checkbox"/> Recusar-se a responder / optar por não divulgar	

<b>Orientação sexual:</b> selecione a orientação sexual com a qual você mais se identifica:	
<input type="checkbox"/> Bissexual	<input type="checkbox"/> Lésbica, gay ou homossexual
<input type="checkbox"/> Hetero ou heterossexual	<input type="checkbox"/> Não sei
<input type="checkbox"/> Outra coisa, por favor, descreva:	<input type="checkbox"/> Escolha não divulgar

<b>Pronome preferido:</b> Por favor selecione o pronome com o qual você mais se identifica:	
<input type="checkbox"/> Ele, Dele, Seu	<input type="checkbox"/> Ela, Dela, Sua
<input type="checkbox"/> Eles, Deles, Seus	<input type="checkbox"/> Ze, Hir
<input type="checkbox"/> Recusar-se a responder	<input type="checkbox"/> Outros
<input type="checkbox"/> Desconhecido	<input type="checkbox"/> Escolha não divulgar

\_\_\_\_\_  
**Assinatura do paciente ou do responsável legal**

\_\_\_\_\_  
**Data de hoje**

\_\_\_\_\_  
**Assinatura do Empregado**

<b>Como você ficou sabendo sobre nós?</b>		
<input type="checkbox"/> Organização comunitária	<input type="checkbox"/> Nosso site	<input type="checkbox"/> Evento
<input type="checkbox"/> Agência do Governo	<input type="checkbox"/> Mídia Social	<input type="checkbox"/> Hospital
<input type="checkbox"/> Companhia de Seguros	<input type="checkbox"/> Vivo nas proximidades	<input type="checkbox"/> Publicação
<input type="checkbox"/> Anúncio de radio	<input type="checkbox"/> Anúncio de jornal local <input type="checkbox"/> Escola	<input type="checkbox"/> Outros: _____
<input type="checkbox"/> Palavra de boca	<input type="checkbox"/> Anúncios de restaurantes locais	

**Obrigado por escolher a Assistência à Saúde da Comunidade de Blackstone Valley para suas necessidades de saúde. Valorizamos a nossa comunidade e damos-lhe as boas vindas no nosso centro de saúde.**

<b>FOR BVCHC INTERNAL USE ONLY:</b>	Patient Account # _____	Staff initials _____
-------------------------------------	-------------------------	----------------------