

INFORMAÇÕES DO PACIENTE

Nome do Paciente : _____ Data de nascimento : _____
 Previdência Social #: _____ Sexo : M F Marital Status: Casado Único Divorciado Viúva
 Endereço : _____ Apt: _____ Cidade : _____ Estado : _____ Zip: _____
 Casa #: _____ Celular #: _____ Trabalho #: _____
 OK para deixar mensagem detalhada ? Yes No OK para deixar mensagem detalhada ? Yes No OK para deixar mensagem detalhada ? Yes No
 Email: _____ Carteira de Motorista #: _____
 Ocupação : _____ Nome do empregador : _____ Telefone empregador : _____
 Notificar em caso de emergência : _____ Relação : _____ Telefone : _____
 Como você ouviu sobre nós ? Amigo/Família Encaminhamento médico _____ Pesquisa online Outros _____

INFORMAÇÕES DA APÓLICE DE SEGURO

Essas informações serão utilizadas para fins de faturamento; por favor, apresente seu cartão de seguro e um documento de identificação com foto para a recepcionista da recepção.

Nome do Seguro Primário: _____ Telefone: _____
 Política/Reivindicação #: _____ Grupo #: _____
 Nome do assinante : _____ Autorização / Pré-certificação : _____
 Relacionamento de assinante com paciente : Auto Cônjuge Pai Outros Data de nascimento do assinante : _____
 Previdência Social do Assinante #: _____ Empregador assinante : _____
Nome do Seguro Secundário: _____ Telefone: _____
 Política/Reivindicação #: _____ Grupo #: _____
 Nome do assinante : _____ Autorização / Pré-certificação : _____
 Relacionamento de assinante com paciente : Auto Cônjuge Pai Outros Data de nascimento do assinante : _____

INFORMAÇÕES SOBRE ACIDENTES

Você fez cirurgia? Sim Não Data da Cirurgia : _____ Tipo de Acidente/Lesão : Remuneração dos Trabalhadores *
 Automóvel Outros : _____
 Data da Acidente /lesão / Date Doctor foi visto para este problema : ____/____/____
 Descreva brevemente o acidente: _____
 *Se o Comp do Trabalhador - Empregador : _____ Estado : _____
 Nome do ajustador: _____ Ajustador telefone: _____ Número do proceso: _____

ASSINATURA DO PACIENTE

Eu revisei as informações acima e verifiquei se ela está correta..

Assinatura do paciente / Guardiã: _____ **Data :** _____

ATENÇÃO: O pagamento é esperado no momento da visita, a menos que outras providências sejam tomadas com antecedência.
 (Antes da consulta)

Você já teve ou agora está sujeito a algum dos itens a seguir? Por favor, verifique:

- | | |
|---|---|
| 1. <input type="checkbox"/> Asma | 17. <input type="checkbox"/> Pedra nos rins ou doença |
| 2. <input type="checkbox"/> Alergias | 18. <input type="checkbox"/> Problemas neurológicos |
| 3. <input type="checkbox"/> Diabetes | 19. <input type="checkbox"/> Pneumonia |
| 4. <input type="checkbox"/> Anemia | 20. <input type="checkbox"/> Artrite |
| 5. <input type="checkbox"/> Câncer | 21. <input type="checkbox"/> Depressão |
| 6. <input type="checkbox"/> Sangramento anormal | 22. <input type="checkbox"/> Doença de pele |
| 7. <input type="checkbox"/> Resfriados frequentes | 23. <input type="checkbox"/> Tuberculose |
| 8. <input type="checkbox"/> Doenças do ouvido/nariz /garganta | 24. <input type="checkbox"/> Falta de ar |
| 9. <input type="checkbox"/> Tosse crônica | 25. <input type="checkbox"/> Doença venérea |
| 10. <input type="checkbox"/> Distúrbios oculares | 26. <input type="checkbox"/> Dor no peito |
| 11. <input type="checkbox"/> Distúrbios digestivos | 27. <input type="checkbox"/> Indigestão, dificuldade em engolir |
| 12. <input type="checkbox"/> Epilepsia | 28. <input type="checkbox"/> Distúrbios intestinais |
| 13. <input type="checkbox"/> Doença da tireóide | 29. <input type="checkbox"/> Dor nas costas |
| 14. <input type="checkbox"/> Dores de cabeça | 30. <input type="checkbox"/> Cirurgia |
| 15. <input type="checkbox"/> Doenças do coração | 31. <input type="checkbox"/> Feitiços de desmaio |
| 16. <input type="checkbox"/> Pressão alta | |

HISTÓRIA DE FAMÍLIA

	Pai	Mãe	Pais do pai	Pais da mãe	Irmãos	Crianças
Doença cardíaca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pressão alta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Derrame	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Câncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Glaucoma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epilepsia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Desordem de sangramento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doença renal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doença da tireóide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doença mental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Osteoporose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Só Mulheres: Está grávida? Sim Não Está pensando em engravidar?? Sim Não

HOSPITALIZAÇÃO OU CIRURGIA

Razão	Data	Razão	Data

HÁBITOS

Fumaça: Pacotes Diários _____	Café: copos diários _____	Dificuldade em adormecer? _____
Por quanto tempo? _____	Outra cafeína? _____	Perturbações de continuidade? _____
Interessado em parar? _____	Álcool: Tipo / Quantidade? _____	Ronco? _____
Rotina de exercícios? _____	Dieta: ingestão de sal? _____	Despertar de madrugada? _____
_____	Dieta: ingestão de gordura? _____	Sonolência diurna? _____

Contato com sangue ou fluidos corporais no trabalho? _____

Alérgico a qualquer medicamento? Sim/Não Se sim, por favor liste: _____

Liste os medicamentos que você está tomando: _____

Tanto quanto é do meu conhecimento e convicção, as afirmações acima são completas e verdadeiras.

Signature/Assinatura: _____ **Date/Data:** _____

AVISO DE PRÁTICAS DE PRIVACIDADE

I. ESTE AVISO DESCREVE COMO AS INFORMAÇÕES MÉDICAS SOBRE VOCÊ PODEM SER USADAS E DIVULGADAS E COMO VOCÊ PODE TER ACESSO A ESSAS INFORMAÇÕES. POR FAVOR, REVISE-O CUIDADOSAMENTE.

II. TEMOS O DEVER LEGAL DE PROTEGER SUAS INFORMAÇÕES DE SAÚDE PROTEGIDAS (PHI).

Somos legalmente obrigados a proteger a privacidade de suas informações de saúde. Chamamos essas informações de "informações de saúde protegidas", ou "PHI" para abreviar e incluem informações que podem ser usadas para identificá-lo que criamos ou recebemos sobre sua condição de saúde passada, presente ou futura, a prestação de cuidados de saúde para você ou o pagamento por este cuidado de saúde. Devemos fornecer-lhe este aviso sobre nossas práticas de privacidade que explica como, quando e por que usamos e divulgamos seu PHI. Com algumas exceções, não podemos usar ou divulgar mais do seu PHI do que é necessário para realizar o propósito do uso ou divulgação. Estamos legalmente sujeitos a seguir as práticas de privacidade que são descritas neste aviso.

No entanto, reservamo-nos o direito de alterar os termos deste aviso e nossas políticas de privacidade a qualquer momento. Quaisquer alterações se aplicarão ao PHI que já temos. Antes de fazermos uma mudança importante em nossas políticas, vamos prontamente alterar este aviso e postar um novo aviso na área principal de recepção. Você também pode solicitar uma cópia deste aviso da pessoa de contato listada na Seção IV abaixo a qualquer momento.

III. COMO PODEMOS USAR E DIVULGAR SUAS INFORMAÇÕES DE SAÚDE PROTEGIDAS.

Usamos e divulgamos informações de saúde por muitas razões diferentes. Para alguns desses usos ou divulgações, precisamos de sua autorização específica. Abaixo, descrevemos as diferentes categorias de usos e divulgações.

A. Usos e divulgações que não requerem sua autorização.

We may use and disclosure your PHI without your authorization for the following reasons:

- 1. Para tratamento.** Podemos divulgar seu PHI para hospitais, médicos, enfermeiros e outros profissionais de saúde que fornecem serviços de saúde ou estão envolvidos em seus cuidados. Por exemplo, se você está sendo tratado de uma lesão no joelho, podemos divulgar seu PHI a um técnico de raio-x, a fim de coordenar seus cuidados.
- 2. Para obter o pagamento do tratamento.** Podemos usar e divulgar seu PHI a fim de faturar e coletar o pagamento pelo tratamento e serviços prestados a você. Por exemplo, podemos fornecer partes do seu PHI ao nosso departamento de faturamento e ao seu plano de saúde para receber os serviços de saúde que fornecemos a você.
- 3. Para operações de saúde.** Podemos divulgar seu PHI para operar esta prática. Por exemplo, nós

pode utilizar seu PHI para avaliar a qualidade dos serviços de saúde que você recebeu ou avaliar o desempenho dos profissionais de saúde que lhe prestaram serviços de saúde. Também podemos fornecer seu PHI para nossos contadores, advogados, consultores e outros, a fim de ter certeza de que estamos cumprindo as leis que nos afetam.

- 4. Quando uma divulgação é exigida por lei federal, estadual ou local, processos judiciais ou administrativos ou aplicação da lei.** Por exemplo, fazemos divulgações quando uma lei exige que denunciemos informações a agências governamentais e agentes da lei sobre vítimas de abuso, negligência ou violência doméstica; ao lidar com ferimentos de bala ou outros ferimentos; ou quando ordenado em um processo judicial ou administrativo.
 - 5. Para atividades de saúde pública.** Por exemplo, reportamos informações sobre nascimentos, mortes e várias doenças aos funcionários do governo encarregados de coletar essas informações, e fornecemos a legistas, médicos legistas e diretores funerários informações necessárias relacionadas à morte de um indivíduo.
 - 6. Para atividades de supervisão da saúde.** Por exemplo, forneceremos informações para ajudar o governo quando ele realizar uma investigação ou inspeção de um prestador de cuidados de saúde ou organização.
 - 7. Para fins de doação de órgãos.** Podemos notificar as organizações de aquisição de órgãos para ajudá-los na doação de órgãos, olhos ou tecidos e transplantes.
 - 8. Para fins de pesquisa.** Em certas circunstâncias, podemos fornecer PHI para realizar pesquisas médicas.
 - 9. Para evitar danos.** A fim de evitar uma grave ameaça à saúde ou segurança de uma pessoa ou do público, podemos fornecer PHI para o pessoal da aplicação da lei ou pessoas capazes de prevenir ou diminuir tais danos.
 - 10. Para funções específicas do governo.** Podemos divulgar phi de militares e veteranos em certas situações. E podemos divulgar o PHI para fins de segurança nacional, como proteger o Presidente dos Estados Unidos ou conduzir operações de inteligência.
 - 11. Para fins de compensação dos trabalhadores.** Podemos fornecer phi para cumprir as leis de compensação dos trabalhadores.
 - 12. Lembretes de consultas e benefícios ou serviços relacionados à saúde.** Podemos usar o PHI para fornecer lembretes de consulta ou fornecer informações sobre alternativas de tratamento, ou outros serviços de saúde ou benefícios que oferecemos.
- B. Uso e divulgação onde você tem a oportunidade de se opor:**

1. **Divulgações para a família, amigos ou outros.** Podemos fornecer seu PHI a um membro da família, amigo ou outra pessoa que você indicar estar envolvido em seu cuidado ou no pagamento de seus cuidados de saúde, a menos que você se oponha no todo ou em parte.

C. **Todos os outros usos e divulgações requerem sua autorização por escrito prévia.** Em qualquer outra situação não descrita acima, pediremos sua autorização por escrito antes de usar ou divulgar qualquer um de seus PHI. Se você optar por assinar uma autorização para divulgar seu PHI, você pode mais tarde revogar essa autorização por escrito para impedir quaisquer usos e divulgações futuras (na medida em que não tomamos nenhuma ação que dependa da autorização).

D. **Usos e Divulgações Incidentais.** Podem ocorrer usos incidentais e divulgações de informações. Um uso ou divulgação incidental é um uso ou divulgação secundário que não pode ser razoavelmente evitado, é limitado por natureza, e que ocorre como um subproduto de um uso ou divulgação de outra forma permitido.

No entanto, tais usos incidentais ou divulgação são permitidos apenas na medida em que aplicamos salvaguardas razoáveis e não divulgamos mais do seu PHI do que é necessário para realizar o uso ou divulgação permitido. Por exemplo, seriam permitidas divulgações sobre um paciente em um posto de enfermagem que poderia ser ouvido por pessoas não envolvidas no atendimento do paciente.

IV. **QUE DIREITOS VOCÊ TEM EM RELAÇÃO AO SEU PHI.**

Você tem os seguintes direitos em relação ao seu PHI:

A. **O Direito de Solicitar Limites de Usos e Divulgações do Seu PHI.** Você tem o direito de pedir que limitemos como usamos e divulgamos seu PHI. Consideraremos seu pedido, mas não somos legalmente obrigados a aceitá-lo. Se aceitarmos seus quaisquer requeridas, colocaremos quaisquer limites por escrito e cumpriremos por eles, exceto em situações de emergência. Você não pode limitar os usos e divulgações que somos legalmente exigidos ou autorizados a fazer.

B. **O direito de escolher como enviamos phi para você.** Você tem o direito de pedir que enviemos informações para você para um endereço alternativo (por exemplo, enviando informações para seu endereço de trabalho em vez de seu endereço residencial) ou por meios alternativos (por exemplo, e-mail em vez de correio regular). Devemos concordar com seu pedido, desde que possamos facilmente fornecê-lo no formato que você solicitou.

C. **O Direito de Ver e Obter Cópias do Seu PHI.** Na maioria dos casos, você tem o direito de olhar ou obter cópias do seu PHI que temos, mas você deve fazer a solicitação por escrito. Se não tivermos seu PHI, mas sabemos quem tem, contaremos como obtê-lo. Responderemos a você dentro de 30 dias após receber seu pedido por escrito. Em certas situações, podemos negar seu pedido. Se o fizermos, contaremos, por escrito, nossas razões para a negação e explicaremos seu direito de ter a negação revisada. Se você solicitar cópias do seu PHI, cobraremos \$1 por cada página. Em vez de fornecer o PHI solicitado, podemos fornecer-lhe um resumo ou explicação do PHI, desde que você concorde com isso e o custo com antecedência.

D. **O direito de obter uma lista das divulgações que fizemos.** Você tem o direito de obter uma lista de casos em que divulgamos seu PHI. A lista não incluirá usos ou divulgações que você já consentiu, como as feitas para tratamento, pagamento ou cuidados de saúde

Operações, diretamente para você, para sua família, ou em nosso diretório de instalações. A lista também não incluirá usos e divulgações feitas para fins de segurança nacional, para correções ou pessoal de aplicação da lei, ou em conformidade com o Sistema Nacional de Verificação de Antecedentes Criminais Instantâneos a partir de 1/7/14.

Responderemos dentro de 60 dias após receber seu pedido. A lista que lhe daremos incluirá divulgações feitas nos últimos seis anos, a menos que você solicite um tempo menor. A lista incluirá a data da divulgação, a quem o PHI foi divulgado (incluindo seu endereço, se conhecido), uma descrição das informações divulgadas e o motivo da divulgação. Nós forneceremos a lista para você sem nenhum custo, mas se você fizer mais de uma solicitação no mesmo ano, cobraremos \$10 por cada solicitação adicional.

E. **O Direito de Corrigir ou Atualizar seu PHI.** Se você acredita que há um erro no seu PHI ou que falta uma informação importante, você tem o direito de solicitar que corrijamos as informações existentes ou adicionemos as informações que faltam. Responderemos dentro de 30 dias após receber seu pedido por escrito. Você deve fornecer o pedido e o motivo da solicitação por escrito. Podemos negar sua solicitação por escrito se o PHI estiver (i) correto e completo, (ii) não criado por nós, (iii) não permitir que seja divulgado, (iv) não faz parte de nossos registros. Nossa negação por escrito dirá as razões da negação e explicará seu direito de apresentar uma declaração por escrito de discordância com a negação. Se você não arquivar um, você tem o direito de solicitar que sua solicitação e nossa negação sejam anexadas a todas as divulgações futuras do seu PHI. Se aprovarmos seu pedido, faremos a mudança para o seu PHI, diremos que fizemos isso, e contaremos aos outros que precisam saber sobre a mudança para o seu PHI.

F. **O Direito de Receber Este Aviso por E-mail.** Você tem o direito de receber uma cópia deste aviso por e-mail. Mesmo que você tenha concordado em receber aviso por e-mail, você também tem o direito de solicitar uma cópia em papel deste aviso.

V. **COMO RECLAMAR DE NOSSAS PRÁTICAS DE PRIVACIDADE.**

Se você acha que podemos ter violado seus direitos de privacidade, ou você discorda de uma decisão que tomamos sobre o acesso ao seu PHI, você pode apresentar uma reclamação com a pessoa listada na Seção VI abaixo. Você também pode enviar uma reclamação por escrito ao Secretário do Departamento de Saúde e Serviços Humanos na Avenida Independência 200, S.W.; Sala 615F; Washington, DC 20201. Não tomaremos nenhuma ação retaliatória contra você se você apresentar uma reclamação sobre nossas práticas de privacidade.

VI. **PESSOA ENTRAR EM CONTATO COM A INFORMATIN SOBRE ESTE AVISO OU RECLAMAR SOBRE NOSSAS PRÁTICAS DE PRIVACIDADE.**

Se você tiver alguma dúvida sobre este aviso ou qualquer reclamação sobre nossas práticas de privacidade, ou quiser saber como registrar uma reclamação com o Secretário do Departamento de Saúde e Serviços Humanos, entre em contato com: RWJ Barnabas Renaissance Primary Care, Attn: Maria Calma; Rua West Gilbert, 66, Suíte 100; Red Bank, Nova Jersey 07701-4918; (732) 936-6444; e-mail: mcalma@libertymedmanagement.com.

VII. **DATA DE VALIDADE DESTA AVISO.**

Este aviso entrou em vigor em 1º de janeiro de 2015.

Acordos de Pacientes – Consentimento para o Tratamento

Leia as seguintes declarações e indique seu reconhecimento e/ou autorização para cada um abaixo:

Eu, _____ estou autorizado e por este meio dar consentimento para a equipe
(Paciente/Guardião)

médica de RWJBarnabas Renaissance Primary Care para examinar e prestar cuidados para:

(Nome do Paciente/Auto)

Sua privacidade é de extrema preocupação para nós na RWJBarnabas Renaissance Primary Care, e nós cumprimos rigorosamente as regulamentações da HIPAA. Esses regulamentos nos permitem chamá-lo em um número de telefone fornecido por você para fins específicos. Podemos ligar para lembrá-lo dos próximos compromissos e deixar uma mensagem de correio de voz ou uma mensagem com a pessoa que atende o telefone pedindo que você nos ligue de volta. Não deixamos informações de saúde pessoal (PHI) a menos que seja autorizado por você.

Leia as seguintes declarações e indique seu reconhecimento e/ou autorização para cada um abaixo com suas iniciais:

_____ Reconhece que recebi/li uma cópia das informações hipaaa da RWJBarnabas Renaissance Primary Care

_____ Autorizo a equipe da RWJBarnabas Renaissance Primary Care a deixar mensagens detalhadas apenas via correio de voz no número de telefone fornecido. Essas mensagens podem conter informações de saúde pessoal (PHI), como os resultados dos testes.

_____ Autorizo a equipe da RWJBarnabas Renaissance Primary Care a deixar mensagens detalhadas contendo PHI com qualquer pessoa respondendo os números de telefone abaixo(s)).

Número de telefone autorizado(s): _____ ou _____ .

_____ A RWJBarnabas Renaissance Primary Care coleta informações, incluindo seu endereço de e-mail ou número de telefone celular para fornecer declarações de pacientes, alertas e/ou boletins informativos eletrônicos. Você pode optar por não essas comunicações a qualquer momento. Nunca venderemos, alugaremos ou daremos nossa lista de e-mail para marketing de terceiros.

Permissão do paciente para compartilhar informações de saúde protegidas

_____ Autorizo a equipe da RWJBarnabas Renaissance Primary Care a usar ou divulgar minhas informações de saúde (conhecidas como "Informações de Saúde Protegida") a qualquer prestador de cuidados de saúde e/ou funcionário do RWJBarnabas Renaissance Primary Care. As Informações de Saúde Protegida (PHI) que estou autorizando para o uso da divulgação é a liberação padrão de informações (inclui notas de dicção digitadas e terapia) e informações específicas do meu gráfico que inclui: _____ .

Demonstração de Política Financeira

A RWJBarnabas Renaissance Primary Care liga para sua seguradora antes do seu tratamento para verificar o que eles vão e/ou não cobrirão, e qual sua responsabilidade pode ser. Esta é uma "estimativa" de seus benefícios e não uma garantia de que eles pagarão dessa forma. Sua parte total pode ser mais do que os pagamentos (ou seja, pagamentos) que você fez à instalação.

A explicação dos benefícios é o que foi coberto/pago tanto ao paciente quanto à Atenção RWJBarnabas Renaissance Primary Care. A RWJBarnabas Renaissance Primary Care enviará uma carta/projeto de lei pedindo quaisquer valores adicionais devidos para esse período de faturamento, se houver. Você também pode receber uma chamada de lembrete automatizada para qualquer saldo devido. Se em qualquer momento você sentir que sua seguradora processou sua reclamação incorretamente, entre em contato diretamente com eles.

É sua responsabilidade pelo pagamento de sua conta. Por favor, entenda que se você não fizer qualquer um dos pagamentos pelos quais você é responsável, em tempo hábil, você será responsável por todos os custos de coleta de dinheiro devido, incluindo custos judiciais, taxas de agência de cobrança e honorários advocatícios.

SEM POLÍTICA DE SHOW

É política desta instalação cobrar uma taxa de "não show" de US\$ 25,00 para pacientes que perderam 2 consultas consecutivas sem aviso prévio de 24 horas. Essa taxa pode ser dispensada a critério do Gerente de Escritório com base em circunstâncias individuais do paciente (por exemplo, doença familiar ou acidente).

Por favor, esteja avisado de que você pode ter que fazer um pagamento de cosseguro para cada visita com a RWJBarnabas Renaissance Primary Care. Seu valor de cosseguro é de acordo com sua seguradora. Ao assinar abaixo, você concorda em fazer o seu pagamento de cosseguro em cada visita. Aceitamos Visa, MasterCard, Cheques, Pedidos de Dinheiro e Dinheiro.

Se você não pagar seu copay no momento dos serviços, haverá uma taxa adicional de US \$15,00

Se a qualquer momento seu seguro mudar, informe a recepção da instalação o mais rápido possível.

Todos os funcionários da equipe de Atenção RWJBarnabas Renaissance Primary Care estão comprometidos em prestar um serviço excepcional aos nossos pacientes. Obrigado por escolher a Atenção RWJBarnabas Renaissance Primary Care.

Ao assinar abaixo, você está afirmando que leu e entendeu este formulário:

Nome do Paciente

Assinatura do Paciente ou Guardião Legal

Data

FOR INTERNAL USE ONLY:

Intake reviewed by: _____ Date: _____

rev.06/2020