

PACOTE DE ADMISSÃO PARA PACIENTES

Registro de Novos Pacientes e Formulários de Consentimento

Bem-vindo(a) à Aura Integra Behavioral Health, PLLC. Por favor, complete todos os formulários antes ou durante sua primeira consulta. Estes documentos são exigidos pela lei de Massachusetts, pela HIPAA e pelo 42 CFR Parte 2 (lei federal de confidencialidade do tratamento de uso de substâncias). Todas as informações são estritamente confidenciais.

CONTEÚDO DO PACOTE

Formulário	Propósito	Pág.
1. Registro do Paciente	Dados demográficos, contato, contato de emergência, seguro	2
2. Consentimento para Tratamento	Consentimento informado para serviços de enfermagem psiquiátrica — 244 CMR 4.00	3
3. Consentimento Informado para Telessaúde	Consentimento exigido por MA para consultas por vídeo — M.G.L. c. 175 §47BB	4
4. Aviso de Práticas de Privacidade HIPAA	Recibo do Aviso de Práticas de Privacidade — 45 CFR §164.520	5
5. Autorização 42 CFR Parte 2	Aviso federal de confidencialidade no tratamento de uso de substâncias	6
6. Acordo Financeiro	Honorários, faturamento, política de cancelamento, Lei No Surprises	7

Instruções: Preencha todos os formulários completamente. Devolva-os antes de sua primeira consulta. Dúvidas? Ligue/envie mensagem para 508-736-3588 ou envie e-mail para info@auraintegra.com.

Pacientes que buscam Tratamento Assistido por Medicamentos (Suboxone/MAT): O Formulário 5 (42 CFR Parte 2) é obrigatório antes que qualquer informação sobre tratamento de uso de substâncias possa ser compartilhada com terceiros.

FORMULÁRIO 1

REGISTRO DO PACIENTE

Preencha todos os campos aplicáveis — escreva em letra de forma

Data de Preenchimento: _____ Prontuário nº: _____

DADOS DEMOGRÁFICOS DO PACIENTE

NOME LEGAL COMPLETO

DATA DE NASCIMENTO

NOME PREFERIDO

IDENTIDADE DE GÊNERO

PRONOMES

ENDEREÇO RESIDENCIAL

CIDADE

ESTADO

CEP

TELEFONE CELULAR

TELEFONE RESIDENCIAL

E-MAIL

RAÇA/ETNIA (OPCIONAL)

IDIOMA PREFERIDO

Estado Civil: ☐ Solteiro(a) ☐ Casado(a) ☐ Divorciado(a) ☐ Viúvo(a) ☐ Em relacionamento ☐ Outro

CONTATO DE EMERGÊNCIA

NOME DO CONTATO DE EMERGÊNCIA

RELAÇÃO

TELEFONE DO CONTATO DE EMERGÊNCIA

PODEMOS DEIXAR RECADO? ☐ SIM ☐ NÃO

INFORMAÇÕES DE SEGURO

Tipo de Pagamento: ☐ Tenho seguro (preencha abaixo) ☐ Pagamento direto / Sem seguro

OPERADORA PRINCIPAL

NÚMERO DO MEMBRO

NÚMERO DO GRUPO

TELEFONE DO SEGURO

NOME DO TITULAR

DATA DE NASCIMENTO DO TITULAR

Relação do Titular: ☐ Eu mesmo(a) ☐ Cônjuge ☐ Pai/Mãe ☐ Outro

SEGURO SECUNDÁRIO (SE HOUVER)

NÚMERO DO MEMBRO

MOTIVO DA CONSULTA

☐ Avaliação psiquiátrica ☐ Manejo de medicamentos ☐ Suboxone/MAT ☐ Avaliação de TDAH

☐ Ansiedade/Depressão ☐ SUD/Dependência ☐ Diagnóstico dual ☐ Outro

PREOCUPAÇÕES ATUAIS (BREVE)

MEDICAMENTOS ATUAIS (INCLUIR OTC E SUPLEMENTOS)

ALERGIAS CONHECIDAS

FORMULÁRIO 2

CONSENTIMENTO PARA TRATAMENTO

Serviços de Enfermagem em Saúde Mental Psiquiátrica — 244 CMR 4.00

Natureza dos Serviços. Consinto em receber avaliação psiquiátrica, manejo de medicamentos e serviços de saúde comportamental de Augustine Mensah, MSN, BSPH, APRN, PMHNP-BC, licenciado em Massachusetts (APRN #APRN10004439), atuando na Aura Integra Behavioral Health, PLLC.

Manejo de Medicamentos. Entendo que pode ser recomendado o uso de medicação. Consinto em receber receitas, que podem incluir substâncias controladas. Concordo em informar todos os outros medicamentos e relatar quaisquer efeitos colaterais imediatamente.

Acordo de Substâncias Controladas. Se substâncias controladas forem prescritas, concordo em: usá-las apenas conforme prescrito; não compartilhar nem vender os medicamentos; consentir com exames de detecção de drogas na urina conforme indicado clinicamente; permitir verificações no MassPAT a cada consulta.

Participação Voluntária. O tratamento é voluntário. Posso retirar meu consentimento a qualquer momento com aviso razoável, entendendo que a interrupção abrupta de alguns medicamentos requer supervisão médica.

Riscos e Benefícios. Fui ou serei informado(a) sobre os riscos, benefícios e alternativas aos tratamentos propostos e tive a oportunidade de fazer perguntas a qualquer momento.

Sem Garantia de Resultado. O tratamento psiquiátrico não garante um resultado específico. A recuperação e a melhora dos sintomas variam entre os indivíduos e podem levar tempo.

Emergências. Esta clínica não oferece serviços de crise 24 horas por dia, 7 dias por semana. Em emergências, ligue para o 911, ligue/envie mensagem para o 988 (Linha de Crise de Suicídio), ou dirija-se à sala de emergência mais próxima.

Supervisão e Colaboração. Meu provedor colabora com médicos conforme clinicamente apropriado, sob as regulamentações de APRN de Massachusetts (244 CMR 4.00).

Ao assinar abaixo, confirmo que li e concordo com este Consentimento para Tratamento.

Assinatura do Paciente: _____

Data: _____

Nome em letra de forma: _____

Data de Nascimento: _____

Se assinar em nome do paciente:

Assinatura do Responsável/Representante: _____

Relação com o Paciente: _____

FORMULÁRIO 3

CONSENTIMENTO INFORMADO PARA TELESSAÚDE

M.G.L. c. 175, §47BB — Padrões de Telessaúde de Massachusetts

O que é Telessaúde? A telessaúde permite que você receba atendimento psiquiátrico por meio de tecnologia de vídeo ou áudio segura e compatível com a HIPAA. Você receberá um link seguro antes de cada consulta.

Seus Direitos (M.G.L. c. 175 §47BB). Você tem direito a: (1) o mesmo padrão de atendimento que presencialmente; (2) retirar o consentimento a qualquer momento; (3) total confidencialidade HIPAA para todos os registros de telessaúde.

Requisitos Tecnológicos. Você é responsável por ter um dispositivo com câmera e microfone, internet estável e um local privado. Se a tecnologia falhar, seu provedor tentará continuar por telefone.

Limitações. A telessaúde pode não ser adequada para todas as situações clínicas. O exame físico não pode ser realizado remotamente. Uma avaliação presencial pode ser necessária quando clinicamente indicada.

Requisito de Localização em Massachusetts. Confirmo que estarei fisicamente localizado(a) em Massachusetts durante todas as consultas de telessaúde. Os serviços só podem ser prestados a pacientes fisicamente presentes em Massachusetts.

Confidencialidade. Todas as sessões são protegidas pela HIPAA. Concordo em participar de um local privado e informarei meu provedor se houver outra pessoa presente.

Sem Gravação. A gravação das sessões por qualquer das partes é proibida sem o consentimento explícito por escrito de ambas as partes.

Cobertura de Seguro. A maioria das seguradoras cobre a telessaúde na mesma tarifa que o atendimento presencial. As obrigações de copagamento e franquia permanecem iguais.

Ao assinar abaixo, consinto em receber serviços de telessaúde da Aura Integra Behavioral Health, PLLC.

Assinatura do Paciente: _____

Data: _____

Nome em letra de forma: _____

Data de Nascimento: _____

FORMULÁRIO 4

AVISO DE PRÁTICAS DE PRIVACIDADE HIPAA

45 CFR §164.520

A lei federal (45 CFR §164.520) exige que forneçamos um Aviso de Práticas de Privacidade (NPP) descrevendo como suas Informações de Saúde Protegidas (PHI) podem ser usadas e divulgadas. Nosso NPP completo está disponível em auraintegra.com/privacy.html e mediante solicitação.

PONTOS-CHAVE DE NOSSAS PRÁTICAS DE PRIVACIDADE

- Suas informações podem ser usadas para **Tratamento** — para fornecer, coordenar ou gerenciar seu atendimento.
- Suas informações podem ser usadas para **Pagamento** — para faturar e receber pagamento do seguro.
- Suas informações podem ser usadas para **Operações de Assistência Médica** — melhoria de qualidade e conformidade.
- Certos usos requerem sua **autorização por escrito**, incluindo marketing e venda de PHI.
- Você tem o direito de **acessar, corrigir e restringir** seus registros e receber um registro de divulgações.
- Você pode apresentar uma **reclamação** ao Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos EUA sem retaliação.
- Os registros de tratamento de uso de substâncias recebem proteções federais adicionais sob o **42 CFR Parte 2** (consulte o Formulário 5).

NPP completo: auraintegra.com/privacy.html e mediante solicitação.

Ao assinar abaixo, reconheço que recebi ou tive a oportunidade de revisar o Aviso de Práticas de Privacidade da Aura Integra Behavioral Health, PLLC.

Assinatura do Paciente: _____ Data: _____

Nome em letra de forma: _____ Data de Nascimento: _____

Para uso do escritório — Se o paciente recusou ou não pôde assinar:

Iniciais da equipe: _____ Data: _____ Motivo: _____

FORMULÁRIO 5

AVISO DE CONFIDENCIALIDADE 42 CFR PARTE 2

Confidencialidade Federal dos Registros de Pacientes com Transtorno por Uso de Substâncias

AVISO FEDERAL IMPORTANTE: A confidencialidade dos registros de pacientes de abuso de álcool e drogas mantidos por esta clínica é protegida pela lei federal (42 CFR Parte 2). Este programa não pode divulgar a nenhuma pessoa externa que um paciente frequenta este programa, nem qualquer informação que identifique um paciente como tendo um transtorno por uso de substâncias, exceto conforme autorizado pelo consentimento escrito específico do paciente ou conforme permitido por lei.

O QUE O 42 CFR PARTE 2 SIGNIFICA PARA VOCÊ

- O 42 CFR Parte 2 oferece proteções **mais fortes do que a HIPAA** para registros de tratamento de uso de substâncias.
- Sem sua autorização por escrito, não podemos divulgar seu diagnóstico, datas de tratamento, medicamentos nem qualquer informação sobre uso de substâncias — nem a outros provedores, familiares, seguradoras, empregadores ou autoridades policiais.
- Esta proteção continua após você não ser mais paciente e após seu falecimento.
- **Penalidades criminais federais** se aplicam a violações do 42 CFR Parte 2.
- A autorização abaixo é completamente **voluntária**. Seu tratamento não está condicionado à assinatura.

OPCIONAL — AUTORIZAÇÃO PARA DIVULGAR REGISTROS DE USO DE SUBSTÂNCIAS

Preencha apenas se desejar autorizar uma divulgação específica. Você pode revogá-la por escrito a qualquer momento antes que alguma ação seja tomada.

Autorizo a Aura Integra Behavioral Health, PLLC a divulgar para:

NOME

ORGANIZAÇÃO

ENDEREÇO

TELEFONE

Informações a divulgar: ■ Diagnóstico ■ Datas de tratamento ■ Medicamentos prescritos ■ Notas de progresso ■
Resumo de alta ■ Todos os registros

FINALIDADE DA DIVULGAÇÃO

VÁLIDO A PARTIR DE

EXPIRA EM

Entendo: (1) Os registros são protegidos pelo 42 CFR Parte 2; (2) Posso revogar por escrito a qualquer momento; (3) O destinatário não pode divulgar novamente sem meu consentimento por escrito; (4) Meu tratamento não está condicionado à assinatura.

Assinatura do Paciente: _____

Data: _____

Nome em letra de forma: _____

Data de Nascimento: _____

FORMULÁRIO 6

ACORDO FINANCEIRO

Honorários, Faturamento, Seguro e Reconhecimento da Lei No Surprises

Serviço	Código CPT	Tarifa Estimada (Pagamento Direto)
Avaliação Psiquiátrica Inicial (60 min)	90792	\$350 – \$450
Acompanhamento de Manejo de Medicamentos (30 min)	99214	\$200 – \$275
Consulta Breve de Acompanhamento (15–20 min)	99213	\$150 – \$200
Consulta de MAT / Suboxone	99213/99214	\$150 – \$250
Consulta Perdida / Cancelamento Tardio (< 24h de aviso)	N/A	\$75 (não faturável ao seguro)

Faturamento ao Seguro. Faturamos as seguradoras participantes em seu nome. Você é responsável pelos copagamentos, franquias e cosseguros no momento do atendimento. Saldos não pagos devem ser quitados em até 30 dias.

Pagamento Direto. O pagamento é realizado no momento do atendimento. Pergunte sobre a disponibilidade de tarifas diferenciadas. Uma Estimativa de Boa-Fé é fornecida antes de cada consulta conforme a Lei No Surprises.

Verificação de Seguro. Verificamos seus benefícios antes da consulta, mas a verificação não garante o pagamento. Em última análise, você é responsável por quaisquer encargos não cobertos pelo seu plano.

Política de Cancelamento. Exigimos pelo menos 24 horas de aviso para cancelar ou reagendar. Cancelamentos tardios e não comparecimentos são cobrados em \$75, que não é faturável ao seguro. Não comparecimentos crônicos podem resultar em alta do serviço.

Pagamentos Devolvidos. Uma taxa de \$35 se aplica a cheques devolvidos ou métodos de pagamento com falha.

LEI NO SURPRISES — ESTIMATIVA DE BOA-FÉ

De acordo com a Lei No Surprises (em vigor desde 1º de janeiro de 2022), você tem direito a uma Estimativa de Boa-Fé dos encargos esperados. Se sua fatura superar a estimativa em \$400 ou mais, você pode contestá-la. Detalhes: auraintegra.com/good-faith-estimate.html.

Ao assinar abaixo, concordo com as políticas financeiras da Aura Integra Behavioral Health, PLLC e autorizo o faturamento do seguro em meu nome.

Assinatura do Paciente: _____ Data: _____

Nome em letra de forma: _____ Data de Nascimento: _____

Opcional — Autorização de Cartão de Crédito para copagamento e cobrança automática de saldo:

Número do Cartão (últimos 4): _____ Vencimento: _____

☒ Autorizo a Aura Integra Behavioral Health, PLLC a cobrar este cartão por copagamentos e saldos pendentes.

Elaborado conforme: Massachusetts 244 CMR 4.00 | HIPAA 45 CFR Partes 160 e 164 | 42 CFR Parte 2 | M.G.L. c. 175 §47BB | Lei No Surprises (2022). Última revisão: agosto de 2026.