



Diário Pessoal de Assistência Médica

U.S. Administration on Aging
(Administração à Terceira Idade, E.U.A)

Adopte um papel activo no cuidado
da sua própria saúde

*Se encontrar este diário, por favor devolva-o ao consultório
do médico indicado na página 4.*



- **Proteja** a sua informação pessoal.
 - Trate os números do seu Medicare, Medicaid e Social Security como sendo um cartão de crédito.
 - Lembre-se que o Medicare não chama nem visita ninguém para vender os seus serviços.
 - Guarde os [Medicare Summary Notices (MSN) e Part D Explanations of Benefits (EOB)], mas destrua-os logo que não sejam necessários.

- **Detecte** erros, fraude e abusos.
 - Confira sempre os seus MSNs e os EOBs e veja se há enganos.
 - Compare-os com os recibos de receitas médicas e o registo das mesmas neste Diário Pessoal.
 - Visite www.mymedicare.gov para acesso à sua conta do Medicare pela internet.
 - Certifique-se do seguinte: Que não está a pagar por serviços que não tenha recebido, por facturas duplicadas e serviços que não foram requisitados pelo seu médico.

- **Informe** enganos ou suspeitas.
 - Se suspeita de erros, fraude ou abusos, reporte-os imediatamente! Comunique primeiramente com o seu médico, farmácia, profissional de saúde ou o seu seguro. Se não ficar satisfeito com a resposta obtida, chame o seu SMP local.

O seu Programa local do SMP oferece o seguinte:

- ANALISAR as facturas médicas ou “Medicare Summary Notices” para detectar possíveis erros, fraude e abusos dos programas do Medicare e Medicaid.
- INFORMAÇÃO acerca de como proteger-se, informar e responder às burlas na assistência médica.
- ASSISTÊNCIA para comunicar com o seu médico ou com outros profissionais de saúde e discutir problemas no acerto de facturas, no caso de não se sentir à vontade de o fazer.

Financiado em parte pela U.S. Administration on Aging.



Proteja Detecte Informe

Visite o site do SMP

www.masmp.org • www.smpresource.org

Elder Services of the Merrimack Valley, Inc.



Choices for a life-long journey

Massachusetts SMP Program

360 Merrimack St., Bldg. 5, Lawrence, MA 01843-1740
1-800-892-0890 • www.esmv.org • www.masmp.org



Instruções como usar o seu Diário Pessoal de Apontamentos

- Leve este diário para todas as suas consultas médicas.
- Antes da sua consulta faça a si próprio(a) as seguintes perguntas e anote no seu Diário Pessoal.
 - Estará esta consulta coberta pelo Medicare ou por outro seguro?
 - Quais são os meus sintomas? Quando começaram? O que é que os faz melhorar ou piorar?
 - Quais os medicamentos que estou a tomar com ou sem receita médica?
- Escreva no seu Diário Pessoal as respostas a estas perguntas e também o que ocorreu durante as consultas.
 - Antes de sair do consultório, assegure-se de que compreendeu tudo o que o médico lhe disse. Se não percebeu, peça-lhe que lhe explique numa forma mais clara.
 - Quando viajar, leve este diário consigo, em caso de emergência.
 - Use este diário para conferir as contas pagas pelo Medicare relacionadas com a sua assistência médica.

Contactos Importantes

Centers for Medicare and Medicaid (CMS) (Centros de Serviços do Medicare & Medicaid)	1-800-Medicare 1-800-633-4227 1-800-486-2048 TTY	www.medicare.gov
MassPro (QIO) Quality Improvement Organization (Entidade de Melhoramento de Qualidade de Serviços de Saúde)	781-890-0011	www.MassPro.org
Elder Care Locator (Assistência a Idosos por Localidade)	1-800-677-1116	www.eldercare.gov
Federal Trade Commission ID Theft Hotline (Comissão Federal de Comércio: Linha Grátis para Roubo de IDENTIDADE)	1-877-438-4338	www.consumer.gov/idtheft
Fraud Tips Hotline Health Human Services Office of the Inspector General (Linha Grátis Escritório do Inspector Geral, Aviso de Fraude)	1-800-HHS-TIPS	www.oig.hhs.gov
Long Term Care Ombudsman (Cuidados “Ombudsman” de Longo Termo)	1-800-243-4636	www.ltcombudsman.org
Massachusetts SHINE Program (Programa SHINE de Massachusetts)	1-800-1-800-ageinfo	www.mass.gov
Massachusetts SMP (Senior Medicare Patrol) Program (Programa SMP de Massachusetts)	1-800-892-0890	www.MaSMP.org www.Medicareoutreach.org
Social Security Administration (Administração do Seguro Social)	1-800-772-1213 1-800-325-0778 TTY	www.ssa.gov

Para uma descrição mais completa de testes e outros serviços cobertos pelo Medicare, consulte o livro **Medicare & You** do ano corrente. Se necessitar o livro **Medicare & You** visite www.medicare.gov ou telefone para 1-800-633-4227 para requisitar um livro gratuito.

Informação Pessoal

Nome:

Data de nascimento:

Contacto de emergência:

Tel:

Nome do seu médico:

Tel:

Nome da clínica/hospital:

Tel:

Idioma preferido:

“Health Care Proxy”

Procuração de Cuidados de Saúde:

Sim _____ Não _____

Nome do Procurador de Cuidados de Saúde:

Tel:

“Living Will”

Testamento de Cuidados de Saúde:

Sim _____ Não _____

Farmácia:

Tel:

História da Família/Problemas e Condições de Saúde

Alergias: _____	História da Família/ Condições Médicas	Deficiências
<input type="radio"/> Aspirina <input type="radio"/> Morfina	<input type="radio"/> Abuso de Álcool	<input type="radio"/> Audição
<input type="radio"/> Barbiturato <input type="radio"/> Novocaína	<input type="radio"/> Desordem de Sangrar	<input type="radio"/> Visão
<input type="radio"/> Codína <input type="radio"/> Penicilina	<input type="radio"/> Cataratas	<input type="radio"/> Mobilidade
<input type="radio"/> Demerol <input type="radio"/> Tetraciclina	<input type="radio"/> Hemodialise	<input type="radio"/> Neurológicas
<input type="radio"/> Lidocaína <input type="radio"/> Sulfa	<input type="radio"/> Cancro	<input type="radio"/> Aprendizagem
<input type="radio"/> Latex <input type="radio"/> Substância de Contraste em Radiografias	<input type="radio"/> Pacemaker	<input type="radio"/> Cognitivas
<input type="radio"/> Ambiente <input type="radio"/> Amendoins	_____	<input type="radio"/> Outras
<input type="radio"/> Picadas de Insectos <input type="radio"/> Marisco	_____	

Responda ao seguinte:

Hábitos Pessoais

Bebe bebidas alcoólicas? [] Quantidade por dia: [] Faz exercício? [] Vezes per semana: [] (duração) []

Fuma presentmente? [] Pacotes por dia: [] Fuma há quantos anos? []

Presente Condição Médica

Data do Diagnóstico	Condição Médica	Médico

Lista de Hospitalização e outras Interferências Médicas

Data	Hospital/Clínica	Intervenção Médica	Motivo da Cirurgia

Lista de Hospitalização e outras Interferências Médicas

Data	Hospital/Clínica	Intervenção Médica	Motivo da Cirurgia

Lista de Hospitalização e outras Interferências Médicas

Data	Hospital/Clínica	Intervenção Médica	Motivo da Cirurgia

Lista de outros Médicos e Especialistas

Nome do Médico/Especialista	Número de telefone	Especialização

Escreva todas as suas perguntas, sintomas e problemas, e anote nas páginas 21 e 37. Tome atenção e anote todas as respostas e explicações dadas pelo médico ou outro profissional de saúde.

Data	No. de tel. do Médico(s)	Motivo da Visita	Resultado(s)

Escreva todas as suas perguntas, sintomas e problemas, e anote nas páginas 21 e 37. Tome atenção e anote todas as respostas e explicações dadas pelo médico ou outro profissional de saúde.

Data	No. de tel. do Médico(s)	Motivo da Visita	Resultado(s)

Anote todos os seus medicamentos, mesmo os que *não* sejam por receita médica. Mantenha a lista dos seus medicamentos sempre actualizada.

Nome do Medicamento:	Dose:	Instruções:	Motivo:	Data de Início:

Anote todos os seus medicamentos, mesmo os que *não* sejam por receita médica. Mantenha a lista dos seus medicamentos sempre actualizada.

Nome do Medicamento:	Dose:	Instruções:	Motivo:	Data de Início:

Anote todos os seus medicamentos, mesmo os que *não* sejam por receita médica. Mantenha a lista dos seus medicamentos sempre actualizada.

Nome do Medicamento:	Dose:	Instruções:	Motivo:	Data de Início:

Anote todos os seus medicamentos, mesmo os que *não* sejam por receita médica. Mantenha a lista dos seus medicamentos sempre actualizada.

Nome do Medicamento:	Dose:	Instruções:	Motivo:	Data de Início:

Anote todos os seus medicamentos, mesmo os que *não* sejam por receita médica. Mantenha a lista dos seus medicamentos sempre actualizada.

Nome do Medicamento:	Dose:	Instruções:	Motivo:	Data de Início:

Anote todos os seus medicamentos, mesmo os que *não* sejam por receita médica. Mantenha a lista dos seus medicamentos sempre actualizada.

Nome do Medicamento:	Dose:	Instruções:	Motivo:	Data de Início:

Lista de Equipamentos Médicos Duráveis e Outros Suprimentos Médicos

Data	Equipamento	Fornecedor do Equipamento	Médico que Receitou o Equipamento

Lista de Equipamentos Médicos Duráveis e Outros Suprimentos Médicos

Data	Equipamento	Fornecedor do Equipamento	Médico que Receitou o Equipamento

Perguntas/Sintomas/Problemas	Respostas/Explicações

Serviços recebidos (exame, terapia física, etc.)

Continua na página seguinte.

Plano de Assistência Médica/Instruções Especiais do Médico

Dados Pessoais de Saúde

Peso:

Colesterol:

Pressão Sanguínea:

Glicose Sanguínea:

Perguntas/Sintomas/Problemas	Respostas/Explicações

Serviços recebidos (exame, terapia física, etc.)

Continua na página seguinte.

Plano de Cuidados Médicos/Instruções Especiais do Médico

Dados Pessoais de Saúde

Peso:

Colesterol:

Pressão Sanguínea:

Glicose Sanguínea:

Perguntas/Sintomas/Problemas	Respostas/Explicações

Serviços recebidos (exame, terapia física, etc.)

Continua na página seguinte.

Plano de Cuidados Médicos/Instruções Especiais do Médico

Dados Pessoais de Saúde

Peso:

Colesterol:

Pressão Sanguínea:

Glicose Sanguínea:

Perguntas/Sintomas/Problemas	Respostas/Explicações

Serviços recebidos (exame, terapia física, etc.)

Continua na página seguinte.

Plano de Cuidados Médicos/Instruções Especiais do Médico

Dados Pessoais de Saúde

Peso:

Colesterol:

Pressão Sanguínea:

Glicose Sanguínea:

Perguntas/Sintomas/Problemas	Respostas/Explicações

Serviços recebidos (exame, terapia física, etc.)

Continua na página seguinte.

Plano de Cuidados Médicos/Instruções Especiais do Médico

Dados Pessoais de Saúde

Peso:

Colesterol:

Pressão Sanguínea:

Glicose Sanguínea:

Perguntas/Sintomas/Problemas	Respostas/Explicações

Serviços recebidos (exame, terapia física, etc.)

Continua na página seguinte.

Plano de Cuidados Médicos/Instruções Especiais do Médico

Dados Pessoais de Saúde

Peso:

Colesterol:

Pressão Sanguínea:

Glicose Sanguínea:

Perguntas/Sintomas/Problemas	Respostas/Explicações

Serviços recebidos (exame, terapia física, etc.)

Continua na página seguinte.

Plano de Cuidados Médicos/Instruções Especiais do Médico

Dados Pessoais de Saúde

Peso:

Colesterol:

Pressão Sanguínea:

Glicose Sanguínea:

Perguntas/Sintomas/Problemas	Respostas/Explicações

Serviços recebidos (exame, terapia física, etc.)

Continua na página seguinte.

Plano de Cuidados Médicos/Instruções Especiais do Médico

Dados Pessoais de Saúde

Peso:

Colesterol:

Pressão Sanguínea:

Glicose Sanguínea:

Perguntas/Sintomas/Problemas	Respostas/Explicações

Serviços recebidos (exame, terapia física, etc.)

Continua na página seguinte.

Plano de Cuidados Médicos/Instruções Especiais do Médico

Dados Pessoais de Saúde

Peso:

Colesterol:

Pressão Sanguínea:

Glicose Sanguínea:

