



CONSENTIMENTO DOS PAIS OU GUARDIÕES

Eu dou consentimento para meu/minha filho/a receber cuidados médicos em qualquer das unidades de saúde oferecidas pelos Centro Comunitã de Saúde Edward Kennedy (Kennedy Community Health) baseados nas escolas.

Eu autorizo ao responsável pelos cuidados de saúde na escola a providenciar cuidados físicos, dentários e de comportamento para meu/minha filho/a pessoalmente ou através de uma forma segura de vídeo conferência. Eu dou permissão para que se façam os necessários testes, avaliações, e cuidados de saúde do meu filho/a. Eu também consinto à troca de informações entre a unidade de saúde da escola e os médicos/as do Centro de Saúde, a enfermeira da escola, o/a conselheiro/a de ajustamento escolar, e qualquer outro profissional médico que seja necessário. Compreendo que o prontuário medico do/a meu/minha filho/a estará guardado de forma segura pelo Kennedy Community Health de maneira confidencial; o prontuário não faz parte dos arquivos da escola. Eu também compreendo que esta confidencialidade será mantida entre os funcionários staff and e qualquer criança que utilize a unidade de saúde na escola baseada na escola.

A unidade de saúde da escola baseada no Centro de Saúde fazem parte do Sistema de Imunização de Massachusetts (MIIS). O MIIS é um sistema estadual confidencial que fazem um rastreamento dos dados de imunização das crianças e suas famílias. Para limitar quem pode obter esse rastreamento e informação da sua criança, você necessita preencher o formulário "Objection or Withdrawal of Objection to Data Sharing" (Formulário de Objeção e Suspensão de Partilha de Informação de Dados), que pode ser obtido médico/a da sua criança. Ademais eu autorizo o Kennedy Health Center a compartilhar informações relacionadas aos tratamentos uma Terceira parte pagadora ou outros por motivo de cobrança ou por uma razão que seja necessária para cumprir com estatutos, leis ou regulações de acordo com práticas médicas em acordo. Eu li e preenchi este formulário de consentimento que vigorará enquanto meu/minha filho/a estiver matriculado numa escola afiliada ao Kennedy Community Health salvo se eu notificar à unidade de saúde escolar por escrito.

_____ Nome do aluno		_____ Sobrenome do aluno	
_____ Data de nascimento	_____ Gênero	_____ Pronome de preferê	
_____ Endreço	_____ Cidade	_____ Estado	_____ Zip
_____ Telefone		_____ Telephone alternativo	
Aceita texto? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		_____ Email	
Etnia: <input type="checkbox"/> Hispânico <input type="checkbox"/> Não-hispânico		_____ Idioma de preferêcia	
Raça (você pode declarar mais de uma):			
<input type="checkbox"/> Americano nativo Indio/do Alaska	<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Branco	<input type="checkbox"/> Outra (especifique)
<input type="checkbox"/> Nativo Havaiano or Ilhéu do Pacifico	<input type="checkbox"/> Negro	<input type="checkbox"/> Desconhecida/Não especificada	<input type="checkbox"/> Prefiro não responder
_____ Nome do Pai/Guardião		_____ Relação com o Aluno	
_____ *Assinatura do Pai ou guardião		_____ *Data	



INFORMAÇÃO MÉDICA DO ESTUDANTE

Por favor saiba que a unidade de saúde baseada na escola não cobra co-pagamentos e fornece cuidados médicos independentemente da sua habilidade de efetuar um pagamento.

Preencha as letras A, B, e C com a melhor informação possível.

A: Companhia de Seguro de Saúde: _____

Apólice#: _____ Grupo#: _____

B: Mass Health/Medicaid: Medicaid ID# _____

C: Não segurado Você precisa ajuda para obter seguro de saúde? Sim Não

Preencha a letra A ou B com a melhor informação possível.

A: _____
Médico primário do/a aluno/a (PCP) Número de Telefone do médico.

B: Não tenho médico (PCP)

Gostaria de ajuda para obter um médico (PCP)? Yes No

Lista de quaisquer medicamentos que o aluno toma atualmente

Lista de quaisquer problemas de saúde

Lista de quaisquer alergias

Lista de quaisquer problemas de saúde que ocorra na família (preocupações com a saúde mental, doenças do coração, asma, alergias, etc.)

**Para perguntas relacionadas à unidade de saúde da escola, ligue para o número
(508) 595-1102**