



EDWARD M.  
**KENNEDY**  
**COMMUNITY**  
**HEALTH CENTER**





# KENNEDY COMMUNITY HEALTH SCHOOL-BASED HEALTH CENTER

## CONSENTIMENTO DOS PAIS OU GUARDIÕES

Por favor, informe à escola se houver alguma mudança no histórico medicamentos do seu/sua filho/a ao longo o ano

Nome do aluno: \_\_\_\_\_ Sobrenome: \_\_\_\_\_

Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Aexo ao nascer:  masculina  feminino

Endereço: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

Escola: \_\_\_\_\_ Idioma preferido em casa: \_\_\_\_\_

Etnia:  Hispânico  Não-hispânico

Raça (pode indicarmas de uma opção):

Nativo Americano/do Alaska  Asiático  Branco  Nativo Havaiano or Ilhéu do Pacifico  
 Desconhecida/Não especificada  Negro  Prefiro não responder  Outra (especifique) \_\_\_\_\_

### Informação de saúde

1. Seu filho vai ao dentista para exames semestrais?  Sim  Não

2. Seu filho tem um/a médico/a (PCP)?  Sim  Não

3. Seu filho está tomando algum medicamento agora? Por favor, liste: \_\_\_\_\_

4. Por favor, marque todas as condições que seu filho/sua filha já teve

Diabetes Hepatite Epilepsia/Convulsões Doença renal/hepática Câncer Asma Distúrbios do Sangue/Anemia  
Tuberculose Distúrbios imunológicos Enfermedades cardíacas Autismo/Deficiência de desenvolvimento HIV/AIDS

5. Seu filho tem algum outro problema de saúde? Por favor, liste: \_\_\_\_\_

6. Seu filho tem alguma alergia? Por favor, liste: \_\_\_\_\_

Entendo que esses serviços estão disponíveis para meu filho conforme necessário e são uma extensão, mas não uma substituição, dos médicos existentes de meu filho. Eu dou consentimento para meu/minha filho/filha receber cuidados médicos oferecidos em qualquer das unidades de saúde baseadas nas escolas e afiliadas ao Centro de Saúde Edward Kennedy (Kennedy Community Health). 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 videoconferência. Eu dou permissão para que se façam os necessários testes, avaliações, e cuidados de saúde para meu/minha filho/a. Autorizo o dentista a realizar toda e qualquer forma de tratamento incluindo limpeza dental, aplicação de flúor, selantes, diagnósticos e radiografias que sejam indicadas e/ou que estiverem disponíveis. Li e compreendi o programa de cuidados odontológicos e estou de acordo que meu/minha filho/a participe deste programa.

Eu também consinto a 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, verbalmente ou por meio do sistema de informações do aluno da escola. Compreendo que o prontuário médico 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 e qualquer criança que utilize a unidade de saúde baseada na escola.

A unidade de saúde da escola ligada ao Centro de Saúde faz parte do Sistema de Imunização de Massachusetts (MIIS). O MIIS é um sistema estadual confidencial que faz um rastreamento dos dados de imunização das crianças e suas famílias. Para limitar quem pode obter esse rastreamento e informação da 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 através do médico/a da sua criança.

Ademais eu autorizo o KennedyHealth Center a compartilhar informações relacionadas aos tratamentos a uma terceira parte pagadora ou outros para fins de cobrança ou por uma razão necessária para cumprir com estatutos, leis ou regulações de acordo com práticas médicas em vigência. Eu tive a oportunidade de revisar as informações sobre privacidade do centro de saúde. Eu li e preenchi este formulário de consentimento que vigorará enquanto meu/minha filho/a estiver matriculado/a numa escola afiliada ao Kennedy Community Health salvo se eu notificar unidade de saúde escolar por escrito.

CHEQUE AQUI SE VOCÊ DESEJA QUE SEU FILHO RECEBA SERVIÇOS DENTÁRIOS

CHEQUE AQUI SE VOCÊ DESEJA QUE SEU FILHO RECEBA SERVIÇOS MÉDICOS

Assinatura do Pai ou Responsável

Nome do Pai ou Responsável/Relação com o Aluno

Data



# Kennedy Community Health School-Based Health Center

## INFORMAÇÕES DE SEGURO

**O CENTRO DE SAÚDE ESCOLAR NÃO COBRA COPAGAMENTOS E FORNECE CUIDADOS MÉDICOS INDEPENDENTEMENTE DA SUA CAPACIDADE DE FAZER UM PAGAMENTO**

### Seguro saúde

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

- A.  Companhia de Seguro de Saúde: \_\_\_\_\_  
Número da Apólice#: \_\_\_\_\_ Grupo#: \_\_\_\_\_
- B.  Número do MassHealth/Medicaid: \_\_\_\_\_
- C.  Não segurado      Você precisa ajuda para obter seguro de saúde?     Sim     Não

### Seguro odontológico

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

- A.  Companhia de Seguros Saúde Particular: \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_  
Titular: \_\_\_\_\_  
Número de identificação do titular: \_\_\_\_\_  
Data de nascimento do titular: \_\_\_\_\_  
Número da apólice/grupo: \_\_\_\_\_  
Nome do empregador: \_\_\_\_\_
- B.  Número do MassHealth/Medicaid: \_\_\_\_\_
- C.  Não segurado      Você precisa ajuda para obter seguro de odontológicos?     Sim     Não

Precisamos coletar as informações seguintes sobre sua família para fins de conformidade. Obrigado.

### **Información sobre chefe de família:**

Nome: \_\_\_\_\_  
Número de pessoas da família: \_\_\_\_\_  
Renda familiar \$ \_\_\_\_\_ / quinzenal

**CERTIFIQUE-SE DE ASSINAR O OUTRO LADO DE ESTE FORMULÁRIO ANTES DE ENVIÁ-LO.**

**PARA PERGUNTAS RELACIONADAS À UNIDADE DE SAÚDE DA ESCOLA, LIGUE PARA O NÚMERO (508) 595-1102**

**WE HELP PEOPLE LIVE HEALTHIER LIVES.**



**DIGITALIZE AQUI**

para Aviso de Privacidade  
kennedychc.org/SBHC