Centros de Saúde da Escola Kennedy de Saúde Comunitária

CUIDADOS PRIMÁRIOS E SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS CONVENIENTEMENTE LOCALIZADOS NA SUA ESCOLA!

Cobrança e seguros

Aceitamos a maioria dos seguros. Nenhum(a) aluno(a) será recusado(a) por não poder pagar ou não ter plano de saúde. Não cobramos pagamentos em co-participação ou franquias de seguro saúde.

Sua privacidade é importante

Respeitamos sua privacidade e temos políticas específicas de confidencialidade. O que você fala ficará entre você e o(a) médico(a). Existem certas situações em que pode ser necessário compartilhar as informações além da consulta, e nossa equipe informará o(a) aluno(a) com antecedência para definir a melhor forma de proceder.

Qualquer aluno(a) pode acessar os cuidados

Para se inscrever em nosso programa, os pais/responsáveis devem preencher um formulário de autorização. Nossa Declaração de Privacidade da Lei de Portabilidade e Responsabilidade do Seguro de Saúde (HIPAA, pela sigla em inglês) e formulários de inscrição estão disponíveis na enfermaria ou em nosso site. Para se inscrever em nosso programa, os pais/responsáveis devem preencher um formulário de autorização. Nossa Declaração de Privacidade da Lei de Portabilidade e Responsabilidade do Seguro de Saúde (HIPAA, pela sigla em inglês) e formulários de inscrição estão disponíveis na enfermaria ou em nosso site.

Onde nos encontrar

Estamos localizados na enfermaria da Worcester Tech
Estamos abertos de segunda a sexta, das 7h30 às 15h, durante o ano letivo

Escaneie aqui
kennedychc.org/SBHC para formulários de inscrição, declaração de privacidade e mais informações

Os Centros de Saúde da Escolado Centro Kennedy de Saúde Comunitária (SBHC, pela sigla eminglês) oferecem aos adolescentes um acesso maior e mais conveniente à saúde médica, odontológica e comportamental. Não substituímos o seu/a sua profissional de cuidados primários ou dentista. Nossos médicos/as, higienistas dentais e equipe de apoio do SBHC são treinados e interessados em trabalhar com adolescentes.

SERVIÇOS

Médicos

- Exames físicos
- Imunizações e vacinas
- Tratamento para doenças e infecções, incluindo garganta inflamada, influenza e COVID
- Lesões
- Assistência comreceitas médicas Cuidados
- dermatológicos Relacionamentos
- saudáveis

Odontológicos

- Exames odontológicos
- Limpezas
- Tratamento com flúor
- Verniz fluoretado

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

Endreço: _____

Telefone: _____ Email: _____

Escola: _____ Idioma preferido em casa: _____

Etinia: ☐ Hispânico ☐ Não-hispânico

Raça (pode indicarmas de uma opção):

☐ Nativo Americano/do Alaska ☐ Asiático ☐ Branco ☐ Nativo Havaiano or Ilhéu do Pacifico

☐ Desconhecida/Não espécificada ☐ 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 medicos 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 Centrode 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 vídeoconferência. 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 eestou 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 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 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 rasteamento dos dados de imunização das crianças e suas famílias. Para limitar quem pode obter esse rastreamento e informação da ênciasua criança,você necessita preencher, o formulário "Objection or Withdrawal of Objection to Data Sharing"(Formulário de Objeçãoe Suspenção de Partilha de Informação de Dados), que pode ser obtido atravé 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 necessita ajuda para obter seguro de saúde? ☐ Sim ☐ Não

Seguro odontológico

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

A. ☐ Compañía 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 necessita 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