

Nome da escola: _____ Série escolar: _____
 Nome do aluno (Sobrenome, nome e inicial do nome do meio): _____ Data de nascimento ____/____/____ Sexo (circule um): M F T Intersexo
 (Nome que consta no cartão do MaineCare, se houver) _____ mês/dia/ano
 Endereço _____ Código postal _____ Sem moradia
 Telefone do pai/mãe/responsável: _____ Recebe mensagem de voz? Sim/Não Não E-mail do aluno para Telessaúde _____

Seguradora: _____ N.º da apólice: _____
 N.º do grupo: _____ Endereço da companhia de seguro: _____
 Nome do pai/mãe/fiador: _____ Telefone: _____
 Número de Identificação do MaineCare (termina com A) _____

Você tem seguro?: Sim/Não

Se você não tem seguro, um dos nossos orientadores de assistência financeira entrará em contato com você para conversar sobre seguros e as nossas opções de escala de preços de acordo com a renda.

Informações sobre saúde:

Médico primário/provedor de atendimento médico: _____
 Meu filho fez exame médico nos últimos 2 anos. SIM NÃO Não tenho certeza
 Meu filho precisará de vacinas este ano. SIM NÃO Não tenho certeza
 Seu filho tem asma? Sim/Não Plano de asma descrito na escola? SIM/NÃO
 Seu filho tem diabetes? Sim/Não Plano de diabetes descrito na escola? SIM/NÃO
 Outros problemas físicos, odontológicos ou mentais: _____

Histórico de saúde pessoal/familiar – Assinale os

problemas referentes ao histórico de saúde familiar:

Alergias Diabetes
 Disfunção imunológica Asma
 Doença cardíaca Doença mental
 Uso de álcool ou drogas Pressão alta
 Colesterol alto Tuberculose

Raça do aluno (escolha uma ou mais): Branco Preto, africano, afro-americano De outra ilha do Pacífico Asiático
 Indígena da América do Sul/Central/América do Norte, Nativo do Alasca Nativo do Havai Multirracial
 Etnicidade: Hispânico/Latino Não hispânico/Latino

Total da renda doméstica anual: _____ Número total dos membros da família que moram na casa: _____
 Nome do fiador da família (responsável pelas contas relacionadas aos cuidados médicos da criança): _____
 Parentesco com o aluno: _____

Ao assinar este formulário, eu confirmo e entendo que:

- Eu recebi e li a Carta de informações do Centro Médico Escolar (SBHC - School-Based Health Center) de Greater Portland Health (GPH), que explica o que são os Centros Médicos Escolares de GPH e quais serviços e benefícios eles podem oferecer ao meu filho.
- Os Centros Médicos Escolares de GPH são uma entidade à parte da escola e do consultório do (a) enfermeiro (a) da escola. Eles oferecem avaliações de atendimento primário e uma variedade de tratamentos médicos em uma instalação baseada na escola. Além disso, o programa interage na comunicação com outros provedores da área da saúde que também podem estar envolvidos no atendimento do meu filho.
- Este Consentimento é válido pelo tempo em que o aluno estiver inscrito nos seguintes sistemas escolares: Portland, Westbrook ou South Portland, salvo revogação precoce minha por escrito.
- Eu preciso ler e assinar o formulário de autorização para uso e divulgação de informações referentes à saúde relacionado com a inscrição do meu filho no Centro Médico Escolar de GPH.

Eu li este formulário na íntegra e concordo em inscrever imediatamente meu filho no Centro Médico Escolar de GPH.

✍ **Assinatura do pai/mãe/responsável:** _____ Data _____

Nome em letra de forma: _____ Relação/Parentesco _____