

# SCHOOL-BASED DENTAL PROGRAM



CADASTRO ODONTOLÓGICO DE ESTUDANTES

Telefone: 207-874-2141

Fax: 207-874-2164

Prezados pais/responsável,

A Greater Portland Health (GPH), em parceria com as escolas públicas de Portland, Westbrook e South Portland, oferece atendimento odontológico no local em algumas escolas.

Preencha e assine este formulário de cadastro odontológico e a Autorização de divulgação de informações para que seu filho tenha acesso a serviços odontológicos na escola. O documento é válido mesmo que seu filho seja paciente da GPH.

Mediante sua autorização, um profissional odontológico prestará os serviços\* que você indicar abaixo. Marque todas as opções que você deseja que seu filho receba:

Sim, eu gostaria que meu filho fizesse uma triagem odontológica

Sim, eu gostaria que meu filho fizesse uma limpeza dentária

Sim, eu gostaria que meu filho recebesse tratamento com flúor

\*Um relatório dos serviços prestados será enviado para casa com seu filho

O tratamento é oferecido por um dentista da GPH na clínica localizada na Portland High School e pode incluir, entre outros, exames odontológicos, radiografias, aplicações de flúor, obturações, coroas e extrações.

Em caso de dúvidas, entre em contato com:

Jenna MacDonald, Gerente de práticas odontológicas da GPH

Telefone: 207-874-2141

## INFORMAÇÕES DO ALUNO

\_\_\_\_\_  
SOBRENOME LEGAL

\_\_\_\_\_  
NOME LEGAL

\_\_\_\_\_  
NOME DO MEIO LEGAL

\_\_\_\_\_  
NOME PREFERENCIAL

*nome escolhido, apelido, nome de preferência,  
"Por favor, me chame por este nome"*

\_\_\_\_\_  
DATA DE  
NASCIMENTO:

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Mês Dia Ano

\_\_\_\_\_  
ESCOLA

\_\_\_\_\_  
PROFESSOR

\_\_\_\_\_  
CLASSE

Nome do paciente: \_\_\_\_\_

Data de nascimento: \_\_\_\_\_

1 de 4

# SCHOOL-BASED DENTAL PROGRAM



CADASTRO ODONTOLÓGICO DE ESTUDANTES

Telefone: 207-874-2141

Fax: 207-874-2164

## COBERTURA DO SEGURO DO SEU FILHO

Para crianças sem seguro odontológico ou no caso do seu seguro não cobrir os serviços odontológicos indicados, você poderá receber uma cobrança pelos tratamentos prestados. Há um escalonamento das taxas para todos os alunos elegíveis. Temos consultores de auxílio financeiro disponíveis para ajudar você a escolher as opções de seguro e os planos de pagamento. No momento, os exames e as aplicações de flúor são custeados por subsídio, portanto não você receberá qualquer cobrança.

Seu filho tem MaineCare (Medicaid)?  Sim  Não  Não tenho certeza

Se sim, qual é a ID MaineCare do seu filho? \_\_\_\_\_

Seu filho tem outro seguro odontológico?  Sim  Não  Não tenho certeza

Nome do assinante	/ /	Relação com paciente	
Nome da seguradora	ID do membro	ID do grupo	Vigência
Endereço	Cidade	Estado	Código postal

Quem é o médico de cuidados básicos do seu filho: \_\_\_\_\_

Meu filho não tem um médico atualmente.

Quem é o dentista do seu filho: \_\_\_\_\_

Meu filho não tem um dentista atualmente.

Qual foi a última vez que seu filho foi ao dentista?

Ano passado  Há mais de um ano  Nunca foi

Seu filho tem alguma alergia? Se sim, especifique: \_\_\_\_\_

Indique todos os medicamentos que seu filho toma: \_\_\_\_\_

Informe qualquer histórico de cirurgias: \_\_\_\_\_

**Seu filho apresenta alguma das opções abaixo: *Selecione todas as opções aplicáveis.***

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> TDA/TDAH           | <input type="checkbox"/> Defeitos congênitos       | <input type="checkbox"/> Tipo de diabetes _____    |
| <input type="checkbox"/> AIDS/ HIV/Hepatite | <input type="checkbox"/> Paralisia cerebral        | <input type="checkbox"/> Epilepsia/convulsões      |
| <input type="checkbox"/> Ansiedade          | <input type="checkbox"/> Fenda labial/palatina     | <input type="checkbox"/> Distúrbio renal           |
| <input type="checkbox"/> Asma               | <input type="checkbox"/> Câncer/Tumores            | <input type="checkbox"/> Distúrbio hepático        |
| <input type="checkbox"/> Autismo/Asperger   | <input type="checkbox"/> Doença cardíaca congênita | <input type="checkbox"/> Problemas de fala/audição |

Nome do paciente: \_\_\_\_\_

Data de nascimento: \_\_\_\_\_

2 de 4

# SCHOOL-BASED DENTAL PROGRAM



CADASTRO ODONTOLÓGICO DE ESTUDANTES

Telefone: 207-874-2141

Fax: 207-874-2164

## OUTRAS INFORMAÇÕES DO ALUNO

As informações prestadas nesta seção não afetarão o tratamento do seu filho, pois serão usadas apenas para fins demográficos. Os dados são coletados para garantir que reconhecemos e respeitamos todos os pacientes, a despeito de gênero, orientação sexual, raça ou etnia.

### Identidade de gênero:

- Masculino
- Feminino
- Transgênero masculino
- Transgênero feminino
- Não- binário
- Prefere não responder
- Não listado (especifique abaixo):  
\_\_\_\_\_

### Gênero legal:

- Masculino
- Feminino
- X ou Não-binário
- Intersexual

### Sexo atribuído ao

- nascer:**
- Masculino
  - Feminino

### Pronomes:

- Ela/Dela/Delas
- Ele/Dele/Deles
- Eles/Deles
- Prefere não responder
- Não listado (especifique abaixo):  
\_\_\_\_\_

### Orientação sexual:

- Heterossexual
- Lésbica ou gay
- Bisexual
- Pansexual
- Prefere não responder
- Não listado

### Raça:

- Branco**  
*Portugal, Alemanha, Polónia, Bósnia, Países do Médio Oriente*
- Negro, Africano, Afro-americano**  
*Haiti, Jamaica, Quênia, Congo, etc..*
- Ilhéu do Pacífico**  
*Samoa, Guam, Micronésia, Taiti, Palua e outros.*
- Asiático**  
*China, Filipinas, Bangladesh, Nepal, Paquistão, Vietnã*
- Nativo Havaiano**  
*Nativo de qualquer ilha havaiana*

### **Índio da América Central / do Norte/ do Sul**

#### **Nativo do Alasca**

*Nativo americano, Penobscot, Passamaquoddy, Maliseet, Micmac, Abenaki, Inuit, Maia, Inca, Porto-riquenho, Miskito, Chatino, etc.*

### **Multirracial**

*Mais de uma raça/etnia*

### **Prefere não responder**

### Etnia:

Hispânico/Latino

Não hispânico/Latino

### Idioma de preferência (circule um):

Inglês      Espanhol      Francês      Árabe      Português      Somali      Cantonês      Lingala

ASL (Deficientes Auditivos)      Kinyarwanda      Kirundi      Suaíli      Outros: \_\_\_\_\_

Nome do paciente: \_\_\_\_\_

Data de nascimento: \_\_\_\_\_

3 de 4

# SCHOOL-BASED DENTAL PROGRAM



CADASTRO ODONTOLÓGICO DE ESTUDANTES

Telefone: 207-874-2141

Fax: 207-874-2164

## INFORMAÇÕES DE CONTATO DOS PAIS/RESPONSÁVEL LEGAL

_____	_____	_____	_____
Sobrenome dos pais/responsável	Nome dos pais/responsável	Relação/função	Data de nasc.
_____	_____	Paciente da Greater Portland Health?	
Endereço	Telefone	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
_____			
E-mail dos pais/responsáveis			

**Endereço residencial dos pais/responsáveis e do aluno (se diferente do acima):**

\_\_\_\_\_

Rua, N.º apt./unid.	Cidade	Estado	Cód.postal
---------------------	--------	--------	------------

**Ao assinar este formulário, reconheço que:**

**Autorizo meu filho a receber os serviços odontológicos indicados acima sem a presença de um dos pais ou responsável durante o período em que ele estiver matriculado em uma escola de Portland, Westbrook ou South Portland.**

**Entendo que o Programa odontológico escolar da GPH é uma entidade separada da escola e do posto de enfermagem escolar. O Programa oferece avaliações odontológicas e diversos tratamentos de saúde bucal na escola, ao mesmo tempo em que se comunica com outros prestadores de serviços de saúde que também podem participar do tratamento do meu filho.**



Sim, eu li o Aviso de práticas de privacidade da GPH, que está disponível em nosso site ao escanear este código QR.

\_\_\_\_\_

**Assinatura do paciente ou pais/responsável legal**

\_\_\_\_\_

**Data de assinatura**

Nome do paciente: \_\_\_\_\_

Data de nascimento: \_\_\_\_\_

4 de 4