

Inscrição no Centro Médico Escolar do Greater Portland Health

Formulário de Autorização para Uso e Divulgação de Informações de Atendimento Médico

Ao assinar este formulário, eu confirmo e concordo com o seguinte a respeito da inscrição do meu filho no Centro Médico Escolar (SBHC, School Health Center) do Greater Portland Health (GPH) e com a divulgação dos registros médicos do meu filho e informações relacionadas:

- Eu recebi e li o Aviso das Práticas com as Informações Médicas do Centro Médico Escolar do GPH, que orienta sobre o uso e as divulgações que podem ser feitas das informações médicas contidas no prontuário médico do meu filho de acordo com as normas de confidencialidade da HIPAA.
- Eu autorizo o Centro Médico Escolar do GPH a acessar o prontuário médico escolar do meu filho, incluindo, entre outros, os registros físicos, comportamentais e de orientação, se houver algum, e quaisquer informações pertinentes para fins relacionados com tratamentos ou conforme exigido ou permitido por lei como determinado pelo Centro Médico do GPH.
- Eu autorizo o Centro Médico Escolar do GPH a fornecer para a escola (incluindo a enfermeira e as assistentes sociais) informações dos registros do Centro Médico Escolar do GPH, conforme necessário e apropriado para fins relacionados com tratamentos, ou conforme exigido ou permitido por lei como determinado pelo Greater Portland Health.
- Eu autorizo o Centro Médico Escolar do GPH a compartilhar as informações contidas nos prontuários do Centro Médico Escolar do GPH (incluindo os registros médicos escolares se estiverem incluídos nos registros do Centro Médico Escolar do GPH) com outros médicos e provedores de tratamentos, incluindo provedores de atendimento primário, dentistas e profissionais de saúde mental, para facilitar o atendimento médico oferecido ao meu filho.
- Eu autorizo o provedor de atendimento primário, o dentista e o profissional de saúde mental do meu filho (“Provedores Terceirizados”) a fornecer informações e registros médicos ao Centro Médico Escolar do GPH para facilitar o atendimento médico oferecido ao meu filho pelo Centro Médico Escolar do GPH. Eu entendo que um Provedor Terceirizado poderá pedir para eu assinar uma autorização à parte para permitir a divulgação dos registros pertinentes ao tratamento oferecido por Prestadores Terceirizados.
- Eu autorizo o Centro Médico Escolar do GPH a divulgar informações dos registros do Centro Médico Escolar do GPH, conforme necessário, para a cobrança de seguradoras ou outros planos de saúde.
- Eu entendo e concordo que: (i) Esta autorização tem validade de um ano a partir da data da assinatura, a menos que uma duração menor seja apresentada neste formulário; e (ii) Eu posso revogar esta autorização a qualquer momento enviando um aviso por escrito informando a retirada da autorização, salvo até onde o Centro Médico Escolar do GPH tenha dependido do consentimento original.

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

Nome em letra de forma: _____ Relação/Parentesco: _____