

PROGRAMA DENTÁRIO BASEADO NA ESCOLA



INSCRIÇÃO DENTÁRIA
DE ESTUDANTES

Telefone: 207-874-2141

Fax: 207-874-2164

Caro Pai/Mãe/Responsável ~

A Greater Portland Health (GPH), em parceria com distritos escolares do Cumberland County, oferece cuidados dentários no local em escolas seleccionadas.

Preencha e assine este Formulário de inscrição dentária, o Formulário de consentimento para tratamento e o Formulário de autorização para divulgação de informações para permitir que o seu filho tenha acesso aos serviços odontológicos na escola. Deve fazê-lo mesmo que a sua criança seja paciente da GPH.

Com a sua permissão, um profissional de odontologia fornecerá os serviços* que indicou abaixo. Marque todos os serviços que deseja que a sua criança receba:

- ☐ Sim, gostaria que a minha criança receba um rastreio odontológico
- ☐ Sim, gostaria que a minha criança receba uma limpeza dentária
- ☐ Sim, gostaria que a minha criança receba um tratamento com flúor
- ☐ Sim, gostaria que a minha criança receba selantes dentais para prevenir cáries nos dentes permanentes (se apropriado).

*Um relatório dos serviços de saúde oral realizados será enviado para casa pela sua criança.

O tratamento de seguimento é fornecido por um dentista da GPH na clínica localizada na Portland High School. O tratamento pode incluir, entre outros, exame odontológico, raios-x de diagnóstico, flúor, restaurações, coroas e extracções.

Se tiver alguma dúvida, ligue para (207) 874-2141, ext. 8401, ou envie um e-mail para jmacdonald@greaterportlandhealth.org.

INFORMAÇÕES SOBRE O ESTUDANTE

APELIDO LEGAL

NOME PRÓPRIO LEGAL

NOME DO MEIO LEGAL

NOME PRÓPRIO PREFERIDO
*nome escolhido, alcunha, nome utilizado,
"Chame-me por este nome"*

DATA DE NASCIMENTO: _____
Mês/ Dia/ Ano

ESCOLA

PROFESSOR(A)

ANO

Nome do
paciente: _____

Versão do formulário: 8/26

Data de
nascimento: _____

1 de 11

PROGRAMA DENTÁRIO BASEADO NA ESCOLA



INSCRIÇÃO DENTÁRIA
DE ESTUDANTES

Telefone: 207-874-2141

Fax: 207-874-2164

COBERTURA DO SEGURO DENTÁRIO DO ESTUDANTE

Se a sua criança tiver seguro dentário, incluindo MaineCare, o seguro será cobrado. A sua família não será cobrada por pedidos negados ou se a sua criança não tiver seguro.

A sua criança tem MaineCare (Medicaid)? ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sei

Se sim, qual é o n.º de ID MaineCare da sua criança? _____

A sua criança tem seguro dentário privado/comercial? ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sei

Nome do subscritor	Mês / Dia / Ano Data de nascimento	Relação com o paciente	
Nome da companhia de seguros	N.º de ID de membro	N.º de ID de grupo	Data de entrada em vigor
Endereço			
Cidade	Estado	Código-postal	

INFORMAÇÕES DE SAÚDE DO ESTUDANTE

A sua criança tem alergias? S ou N (circule um) Se sim, liste-as: _____

Liste todos os medicamentos que a sua criança toma: _____

Liste o histórico de cirurgias: _____

A sua criança tem alguma das seguintes condições? Marque todas as que se aplicam.

- | | | |
|--|---|--|
| ☐ TDA/DAH | ☐ Defeitos congénitos | ☐ Diabetes tipo _____ |
| ☐ SIDA/VIH/Hepatite | ☐ Paralisia cerebral | ☐ Epilepsia/convulsões |
| ☐ Ansiedade | ☐ Lábio leporino/Fenda de palato | ☐ Doença renal |
| ☐ Asma | ☐ Cancro/Tumores | ☐ Doença hepática |
| ☐ Autismo/Asperger | ☐ Doença cardíaca congénita | ☐ Problemas de fala/audição |

Onde é que a sua criança costuma receber cuidados? _____ Northern Light Health _____ InterMed

_____ MaineHealth _____ Martin's Point _____ Greater Portland Health Outro: _____

Quem é o dentista da sua criança: _____

☐ A minha criança actualmente não tem dentista.

Se a sua criança tem um dentista, quando foi a última vez que foi ao dentista?

☐ No último ano ☐ Há mais de um ano ☐ Nunca

Nome do
paciente: _____

Versão do formulário: 8/26

Data de
nascimento: _____

2 de 11

PROGRAMA DENTÁRIO BASEADO NA ESCOLA



CADASTRO ODONTOLÓGICO DE ESTUDANTES

Telefone: 207-874 -2141

Fax: 207-874-2164

INFORMAÇÃO DEMOGRÁFICA DOS ESTUDANTES

As informações que você compartilhar nesta seção não afetarão negativamente o cuidado de seu filho de nenhuma maneira. É apenas para fins demográficos.

Sexo Legal
(marque um):

- ☐ Masculino
☐ Feminino

Há mais alguma coisa que você gostaria de compartilhar conosco sobre o background do seu estudante que poderia afetar a forma como cuidamos dele como paciente?

Quantas pessoas vivem na sua casa? _____

Renda Anual Total da Família: _____

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: _____

Versão do formulário: 8/26

Data de nascimento: _____

3 de 11

PROGRAMA DENTÁRIO BASEADO NA ESCOLA



INSCRIÇÃO DENTÁRIA
DE ESTUDANTES

Telefone: 207-874-2141

Fax: 207-874-2164

INFORMAÇÕES DE CONTACTO DO PAI/MÃE/RESPONSÁVEL LEGAL

Apelido do Pai/Mãe/Responsável

Nome próprio do
Pai/Mãe/Responsável

Relação/função

Data de nascimento

Rua, N.º Apartamento/Unidade

Cidade

Estado

Código-postal

N.º de telefone

É paciente da Greater Portland Health?

☐ SIM

☐ NÃO

Endereço de e-mail do Pai/Mãe/Responsável

Endereço residencial do estudante (se diferente do do Pai/Mãe/Responsável):

Ao assinar este formulário, eu declaro que:

- Eu concordo que a minha criança receba os serviços odontológicos que mencionei acima sem a presença de um dos pais ou responsável durante toda a matrícula da minha criança num distrito escolar do Cumberland County em parceria com a GPH.
- Eu recebi e analisei o Aviso de Práticas de Privacidade da GPH, incluído neste formulário de inscrição.
- Eu compreendo que o Programa dentário baseado na escola da GPH é uma entidade separada da escola e do consultório de enfermagem escolar. Oferece avaliações dentárias e uma variedade de tratamentos de saúde oral num local escolar, além de comunicar com outros profissionais de saúde que também podem estar envolvidos nos cuidados da minha criança.

Assinatura do paciente ou Pai/Mãe/Responsável legal

Data da assinatura

CONSENTIMENTO INFORMADO PARA O TRATAMENTO COM DIAMINO FLUORETO DE PRATA (DFP)

O QUE É? O DFP é um antibiótico líquido universal que utilizamos nos dentes. Não colocamos DFP nos dentes da frente.

PROCEDIMENTO: secar, aplicar 1 minuto, limpar, revestimento com flúor (opcional)

O gosto metálico/amargo desaparece rapidamente

Reaplicar a cada 6 meses ou tratar com restaurações

BENEFÍCIOS:

- O DFP pode ajudar a parar ou retardar a cárie dentária
- O DFP pode ajudar a aliviar a sensibilidade dentária
- O DFP pode ajudar pacientes muito jovens, medrosos ou com necessidades especiais que exigiriam sedação para tratamento tradicional.



EFEITOS SECUNDÁRIOS/CONTRAINDICAÇÕES/RISCOS:

- O DFP mancha permanentemente a preto a cavidade a tratar.
 - Restaurações e coroas da cor do dente podem descolorir se for aplicado DFP
 - Se o DFP for aplicado nas gengivas ou na pele, pode aparecer uma mancha castanha ou branca que desaparece em 1 a 3 semanas.
 - **Não utilize DFP se for alérgico à prata e/ou tiver feridas dolorosas ou áreas irritadas nas gengivas ou em qualquer lugar da boca**
 - Para cáries profundas, o risco de reacção pulpar aumenta. Se tal ocorrer, pode ser controlado por meio de desvitalização ou remoção de dentes, dependendo da situação. Em alguns casos, pode valer a pena aplicar, apesar do risco dessa resposta, se permitir a possibilidade de salvar o dente.
-
- A utilização de DFP pode ou não eliminar a necessidade de restaurações dentárias ou coroas para reparar o dente.
 - Podem ser necessários procedimentos adicionais podem se a cárie for profunda ou não puder ser interrompida com DFP.
 - Nenhum tratamento resulta na deterioração contínua dos dentes. Os sintomas podem desenvolver ou aumentar.
 - Alternativas incluem restaurações, coroas, extracção ou encaminhamento para gestão/tratamento avançado

Eu declaro que li este acordo de consentimento ou que me foi explicado. Eu compreendo este consentimento e o significado do respectivo conteúdo, incluindo os benefícios e riscos do DFP. Todas as perguntas foram respondidas de forma satisfatória. Eu declaro que dou consentimento para o tratamento com DFP.

☐ **SIM, autorizo que o meu filho receba tratamento com SDF.**

☐ **NÃO, não autorizo que o meu filho receba tratamento com SDF.**

Nome do paciente: _____ Data de nascimento: _____

Assinatura do paciente ou do pai/mãe: _____ Data _____

Assinatura do prestador dentário: _____ Data _____

AVISO DE PRÁTICAS DE PRIVACIDADE

Este aviso descreve como as suas informações médicas podem ser utilizadas e divulgadas, os seus direitos em relação às suas informações de saúde protegidas (“ISP”), como apresentar uma reclamação referente a uma violação da privacidade ou segurança das suas ISP, ou os seus direitos relativos às suas ISP. Tem o direito de copiar este aviso (em formato impresso ou electrónico) e de o discutir com o Responsável pela privacidade da Greater Portland Health (“GPH”) através do número 207-874-2141, caso tenha alguma dúvida.

Este aviso aplica-se a todas as ISP, incluindo, se aplicável, informações sobre o tratamento de transtornos por uso de substâncias (“TUS”).

Utilizações e divulgações das suas ISP:

Quando recorre a serviços de cuidados de saúde da GPH, é documentado um registo da interacção. Este registo pode conter os seus sintomas, os resultados de exames e testes, diagnóstico, tratamento e um plano para cuidados/serviços futuros. Estas informações fazem parte do seu registo de saúde/médico e são uma parte essencial dos cuidados/serviços de saúde que lhe oferecemos. As informações sobre si no registo são referidas, por vezes, como ISP e a GPH é obrigada por lei a proteger a privacidade das ISP. Qualquer utilização e divulgação das suas ISP que não esteja descrita neste aviso só será permitida após a sua notificação e com o seu consentimento prévio por escrito, que tem o direito de revogar a qualquer momento. Um exemplo envolve actividades de marketing.

Poderemos utilizar e divulgar as suas ISP sem autorização por escrito separada:

- Para planeamento e prestação de cuidados e tratamento;
- Em comunicações com profissionais de saúde que contribuem para os seus cuidados;
- Para verificação de que os serviços foram prestados a pagadores terceiros (seguradoras);
- Na realização de operações de cuidados de saúde, incluindo avaliações de qualidade relativas aos cuidados que prestamos e os resultados que obtemos;
- Para o notificar sobre serviços e tratamentos que podem ser do seu interesse;
- Para estar em conformidade com a legislação estatal e federal que requer a divulgação das suas ISP; e
- Se as suas ISP incluírem registos de TUS gerados no contexto de um programa para TUS apoiado por financiamento federal, e se tiver assinado um formulário de autorização para a divulgação de outras ISP suas a terceiros, a autorização é suficiente, por lei, para permitir a divulgação das informações sobre TUS.

Restrições especiais:

Não divulgaremos ISP nem prestaremos depoimentos sobre o conteúdo dos seus registos confidenciais em qualquer processo civil, administrativo, criminal ou legislativo sem o seu consentimento específico por escrito ou uma ordem judicial. A apresentação de ISP para processos judiciais (com base numa intimação ou outro mandato legal e uma ordem judicial) não ocorrerá sem que primeiro o notifiquemos para que tenha a oportunidade de contestar a apresentação ou de ser ouvido, caso tal notificação e/ou oportunidade sejam exigidas pela lei federal.

Divulgações sobre serviços para transtornos por uso de substâncias num programa de “Parte 2”. Se as suas ISP incluírem registos de TUS gerados no contexto de um programa de “Parte 2” (ou seja, um programa para TUS apoiado por financiamento federal), qualquer divulgação permitida ou obrigatória para tratamento, pagamento ou operações de cuidados de saúde a outro prestador ou programa para TUS poderá ser divulgada adicionalmente por esse programa ou prestador de cuidados de saúde, se e na medida permitida pela lei federal, sem a necessidade de um consentimento por escrito separado da sua parte. Se assinar um formulário de autorização para a divulgação das suas ISP a terceiros, e este abranger tanto as ISP gerais como os registos de TUS, não será necessário um formulário de consentimento separado para as divulgações relacionadas com TUS.

Os seus direitos em relação às suas informações de saúde.

Apesar de o seu registo médico ser propriedade física da GPH, as ISP pertencem-lhe a si. Ao abrigo das regras de privacidade federais, tem o direito de:

- Receber um aviso quanto à utilização ou divulgação do seu registo de saúde/médico, incluindo uma cópia em papel do aviso, se solicitado;
- Solicitar restrições na utilização e divulgação das suas informações de saúde ou solicitar o envio das suas comunicações confidenciais por meios alternativos;
- Examinar e obter uma cópia do seu registo;
- Solicitar a rectificação do seu registo de saúde;
- Garantir a precisão das suas ISP; e
- Solicitar a contabilização de determinadas utilizações e divulgações das suas ISP.

As nossas responsabilidades.

A GPH é obrigada a:

- Manter a privacidade das suas informações de saúde, incluindo notas de psicoterapia e aconselhamento sobre TUS, a menos que dê o seu consentimento ou que se aplique uma excepção à divulgação;
- Disponibilizar um aviso com as obrigações legais e práticas de privacidade da GPH, em relação às informações de saúde que recolhemos e mantemos sobre si;
- Respeitar os termos do nosso aviso mais recente;
- Notificá-lo se a GPH for incapaz de cumprir uma restrição solicitada;
- Acomodar solicitações razoáveis em relação a meios alternativos de comunicação das suas ISP;
- Se a GPH se envolver em campanhas de angariações de fundos, dar-lhe a oportunidade de optar por não receber comunicações da GPH relacionadas com as mesmas;
- Fornecer-lhe um único formulário de consentimento que concede que a GPH utilize e partilhe as suas ISP para tratamento, pagamento e operações de cuidados de saúde.

A GPH reserva-se ao direito de alterar e rever as práticas de privacidade para manter a conformidade com a legislação federal e estatal. No caso de uma alteração significativa, um aviso revisto deve ser disponibilizado ou distribuído na medida exigida por lei.

Divulgações permitidas sem consentimento.

A GPH tem a permissão de utilizar e partilhar as suas informações de saúde sem o seu consentimento:

- Para fins relacionados com tratamento;
- Para fins relacionados com pagamento;
- Para operações de cuidados de saúde;
- Quando exigido por lei estatal ou federal; e
- Quando permitido por lei, em comunicações com parceiros de negócios; para lembretes de consulta; para autoridades governamentais de cuidados de saúde, incluindo médicos assessores estatais, a Food and Drug Administration, organizações de colheitas de órgãos, esforços por parte de autoridades para

actividades e protecção da saúde pública, incluindo divulgações relacionadas com serviços de protecção de crianças ou adultos; emergências médicas; doação de órgãos ou tecidos; fins de investigação com dados anonimizados; médico legista; serviços para cumprir a legislação relacionada com acidentes de trabalho; para determinadas funções governamentais especializadas autorizadas, incluindo operações militares ou esforços em matéria de socorros a catástrofes; para autoridades governamentais responsáveis pela aplicação da lei em resposta a uma ordem judicial ou noutras situações legais, como comunicação de um crime ou resposta a determinadas intimações válidas.

Divulgações permitidas com oportunidade de auto-exclusão. Após oferecer-lhe uma oportunidade de se opor ou auto-excluir, a GPH pode comunicar consigo em relação a divulgações a familiares e cuidadores, se relevantes para o envolvimento dessa pessoa nos seus cuidados ou pagamento dos mesmos; solicitações relativas a vantagens ou produtos relacionados com saúde; para operações de angariações de fundos; para esforços de marketing da GPH.

Acordo organizado de cuidado à saúde.

A GPH é membro da Community Care Partnership of Maine (“CCPM”), um “Acordo organizado de cuidado à saúde” focado em melhorar a saúde das comunidades que atende. Os membros da CCPM, em colaboração com seguradoras, utilizam analíticas de saúde da população, análise de utilização, actividades de avaliação de qualidade e melhoria e outras estratégias baseadas em evidências para melhorar os seus cuidados de saúde. Os membros são mutuamente responsáveis pela saúde de todos os pacientes atendidos pela CCPM. As entidades que compõem este Acordo organizado de cuidado à saúde incluem os seguintes centros de saúde e hospitais comunitários: Cary Medical Center, Bucksport Regional Medical Center, Clinical Community Services, Eastport Health Care, Fish River Rural Health, Harrington Family Health Center, Health Access Network, HealthReach Community Health Centers, Islands Community Medical Services, Mount Desert Island Hospital, Katahdin Valley Health Center, Millinocket Regional Hospital, York County Community Action Corporation, Pines Health Services, Penobscot Valley Hospital, Pines Health Services, Regional Medical Center at Lubec, Sacopee Valley Health Center, GPH, Seabasticook Family Doctors, St. Joseph Hospital e St. Croix Regional Family Health Center. O Acordo organizado de cuidado à saúde da CCPM permite que estas entidades cobertas separadamente, incluindo a GPH, partilhem as ISP entre si conforme necessário para realizar o tratamento, pagamento ou operações de cuidados de saúde permitidos relativamente ao trabalho do Acordo organizado de cuidado à saúde, salvo disposição em contrário limitada por lei, regra ou regulamento. A lista de entidades pode ser actualizada para incluir novas entidades no futuro. Pode aceder à lista mais recente em www.ccpmmaine.org/members ou ligar para 207-992-9200.

Para mais informações, solicitar informações ou comunicar um problema

Se acreditar que os seus direitos de privacidade em relação a informações confidenciais de saúde de qualquer tipo, incluindo informações sobre o tratamento de TUS, foram violados pela GPH, pode contactar o Responsável pela privacidade da GPH, 180 Park Ave, Portland, ME 04102. (207) 874-2141); www.greaterportlandhealth.org. Também pode apresentar uma reclamação junto do Secretary of the U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Ave, S.W., Washington, D.C. 20201. Para mais informações, consulte o website do Office for Civil Rights, www.hhs.gov/ocr/hipaa/ para mais informações.

Não será penalizado pela GPH ao submeter uma reclamação.

Com efeito em: 2 de Janeiro de 2026

<https://www.federalregister.gov/documents/2024/02/16/2024-02544/confidentiality-of-substance-use-disorder-sud-patient-records>

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: _____

Nome do paciente: _____ Data de nascimento: _____

O Greater Portland Health (GPH) é um centro de saúde comunitário que oferece cuidados médicos integrados para saúde física e mental, incluindo VIH/SIDA, e serviços odontológicos, para toda a comunidade. O GPH utiliza um registo electrónico de saúde (EHR) que mantém todas as suas informações médicas num único lugar. Para oferecer o melhor cuidado possível, os prestadores do GPH podem visualizar qualquer parte do seu registo médico relevante para tratamento, incluindo registos de saúde física, mental, uso de substâncias e/ou odontológicos.

- Consentimento geral para o tratamento:** eu autorizo os prestadores do GPH a realizar exames, testes diagnósticos e procedimentos para avaliar minhas condições de saúde, além de fornecer cuidados (incluindo tratamento de emergência), serviços ou terapias necessários para diagnóstico e tratamento de forma eficaz. Eu compreendo que é responsabilidade do(s) meu(s) prestador(es) de tratamento explicar a natureza do cuidado proposto, tratamento, serviços, medicamentos prescritos, intervenções sugeridas ou procedimentos. Antes de ser submetido a qualquer procedimento ou exame, os meu(s) prestador(es) explica(m) os potenciais benefícios, riscos ou efeitos secundários, incluindo potenciais problemas que podem ocorrer durante a recuperação, a probabilidade de sucesso, outras opções, incluindo riscos ou efeitos secundários relevantes dessas alternativas, e informações sobre possíveis resultados de optar por não realizar o tratamento recomendado.
- Direito de recusar o tratamento:** eu compreendo que posso recusar qualquer exame, teste, procedimento, tratamento, terapia ou medicamento recomendado ou considerado medicamente necessário pelo(s) meu(s) profissional(is) de saúde e que eu continuo a ser responsável pelas decisões sobre a minha própria saúde e as consequências dessas decisões.
- Responsabilidade do pagamento:** eu compreendo que tenho de pagar ao GPH pelos custos decorrentes do meu tratamento. Eu solicito que o pagamento dos benefícios autorizados cobertos seja realizado em meu nome ao GPH para tais serviços. Eu compreendo que o GPH pode partilhar as minhas informações de saúde, incluindo informações relacionadas a VIH/SIDA, tratamento de transtornos por uso de substâncias (conforme permitido ou exigido por lei) e cuidados de saúde mental, com a(s) minha(s) seguradora(s) para fins de pagamento e verificação de benefícios.
- Aviso de práticas de privacidade (NPP):** eu compreendo que o GPH tem de manter as minhas informações de saúde confidenciais, mas pode utilizá-las legalmente para o meu tratamento, receber pagamento pelos serviços prestados, coordenar os meus cuidados ou operações internas necessárias do GPH.
- Divulgação de informações de saúde:** eu compreendo que, sujeito a certas condições, eu posso solicitar limites sobre como as minhas informações são partilhadas, solicitar comunicações num endereço ou número de telefone específico, e rever ou obter cópias das minhas informações de saúde protegidas através de um pedido por escrito. Eu tenho outros direitos sobre as minhas informações de saúde, conforme indicado no NPP.
- Seguro:** se eu tiver cobertura de seguro activa, eu vou garantir que o meu plano de saúde tenha o meu prestador de cuidados primário (PCP) do GPH listado para cobrança adequada e acesso a cuidados especializados. Eu compreendo que o GPH tem o direito de contactar o meu prestador de seguro de saúde para fornecer informações actualizadas caso o PCP listado não esteja correcto.
- HealthInfoNet (HIN) e Sistema de informação de imunização do Maine (ImmPact):** o GPH participa em ambos os sistemas. A HIN é uma plataforma electrónica segura onde os profissionais de saúde do Maine partilham informações dos pacientes para permitir decisões de tratamento mais informadas. ImmPact é um repositório central seguro e gerido pelo estado para registos de imunização. Os prestadores do Maine têm de registar as vacinas no repositório. São programas de participação opcional; se quiser saber mais ou optar por não participar, pergunte a um membro da equipa de cuidados.
- Resultados do laboratório:** o GPH contrata a NorDx Laboratories para determinados serviços laboratoriais. Quando os testes são realizados pela NorDx, os resultados estão disponíveis no EHR da MaineHealth. Tanto os prestadores do GPH quanto os da MaineHealth podem aceder aos seus resultados laboratoriais para apoiar os seus cuidados, ajudar a tomar decisões informadas e coordenar o tratamento.
- Tecnologia auxiliar:** o GPH utiliza uma variedade de ferramentas avançadas de computador, incluindo Inteligência Artificial (IA), para apoiar os prestadores e equipas de cuidados. Estas tecnologias não substituem o profissional de saúde. Não utilizamos sistemas de IA para tomar decisões sobre o seu cuidado. Um médico licenciado que o conhece e está a par do seu histórico médico efectua as avaliações finais e recomendações sobre o seu diagnóstico e tratamento.
- Regras para comportamento adequado:** o GPH tem de ser um ambiente seguro e respeitoso para todos. Comportamentos inseguros, abusivos ou ameaçadores são inaceitáveis e podem resultar na criação de acordos de cuidado colaborativo e possível demissão da clínica.

11. **Direitos de reclamação:** eu estou ciente dos meus direitos de reclamação descritos na Política de tratamento de reclamações do GPH.
12. **Assinatura:** ao assinar abaixo, eu concordo que li e compreendi as informações fornecidas acima. Se tiver alguma dúvida sobre o meu consentimento, eu pergunto a um membro da equipa de cuidados antes de assinar este formulário.

Assinatura do paciente _____ **Data** _____
(Se tiver menos de 18 anos, um dos pais ou tutor legal tem de assinar) *ccg5/2026*