



Informações sobre a inscrição no Centro de Saúde Escolar

Caro/a pai/mãe ou responsável,

Em parceria com os estabelecimentos de ensino públicos de Portland, Westbrook e South Portland e com o Maine Medical Center, a Greater Portland Health (GPH) disponibiliza Centros de Saúde Escolar nos seguintes estabelecimentos: escolas secundárias Portland High School, Deering High School, Casco Bay High School, Westbrook High School e South Portland High School; PATHS (Promoting Alternative Thinking Strategies); e escolas básicas King Middle School, Westbrook Middle School e South Portland Middle School.

Preencha o formulário de inscrição nos serviços de saúde escolar em anexo para que o seu filho/a sua filha possa ter acesso aos cuidados de saúde disponibilizados pela GPH em qualquer Centro de Saúde Escolar e em qualquer unidade de cuidados de saúde primários da GPH que preste cuidados a crianças. **Mesmo que o seu filho/a sua filha já seja acompanhado/a regularmente por um médico de família ou um profissional de saúde mental, pode inscrevê-lo/a no programa de Centros de Saúde Escolar da GPH.** O nosso objectivo é garantir que todas as crianças e as suas famílias têm acesso a um centro de cuidados de saúde primários. Os Centros de Saúde Escolar da GPH complementam os cuidados prestados pelo médico de família que acompanha habitualmente o seu filho/a sua filha e, sempre que necessário, coordenam os cuidados com esse profissional. Para obter mais informações, consulte o sítio Web da GPH (<https://www.greaterportlandhealth.org/services/school-based-health-centers>).

Quando aplicável, serão apresentados à companhia de seguros os pedidos de reembolso relativos aos cuidados de saúde prestados. Se um paciente não tiver seguro de saúde, a GPH disponibiliza uma tabela de preços ajustada aos rendimentos do agregado familiar.

Os Centros de Saúde Escolar da Greater Portland Health disponibilizam: • Cuidados de saúde primários • Cuidados de saúde comportamental • Cuidados de psiquiatria • Cuidados de saúde dentária (inscrição separada) • Serviços de telemedicina • Gestão da contracepção, incluindo contracepção de emergência • Colheitas de sangue • Optometria	As 5 principais razões para inscrever o seu filho: 1. Equipa simpática e atenciosa 2. Marcação de consultas conveniente e rápida (não é necessário transporte!) 3. Articulação com o médico de família que acompanha habitualmente o seu filho/a sua filha 4. Cuidados de saúde de qualidade, prestados com empatia 5. Fácil monitorização de doenças crónicas
--	---

Neste pacote irá encontrar:

- Perguntas frequentes (FAQ) sobre os Centros de Saúde Escolar da GPH - *para guardar*
- Aviso sobre as práticas de privacidade da GPH - *para guardar*
- Formulário de inscrição nos serviços de saúde escolar – **preencha, assine e entregue no Centro de Saúde Escolar ou ao/à enfermeiro/a da escola.**
- Consentimento geral para prestação de cuidados de saúde - **assine e entregue no Centro de Saúde Escolar ou ao/à enfermeiro/a da escola.**
- Autorização para divulgação de informações – **assine e entregue no Centro de Saúde Escolar ou ao/à enfermeiro/a da escola.**

Se tiver outras perguntas, contacte-nos através do número (207) 874-2141, extensão 7, ou por e-mail para gphschoolhealth@greaterportlandhealth.org.

Centros Médicos Escolares de Greater Portland Health

Perguntas frequentes

Pergunta: Quais escolas têm centros médicos?

Resposta: Em Portland: King Middle School, Deering High School, Portland High School, Casco Bay High School e PATHS.

Em Westbrook: Westbrook High Schools e Westbrook Middle Schools

Em South Portland: South Portland High School e South Portland Middle School

Pergunta: Como posso inscrever meu filho(a)?

Resposta: Preencha e assine o formulário de inscrição. O formulário preenchido pode ser entregue das seguintes formas: ao Centro Médico Escolar (SBHC - School-Based Health Center), para o (a) enfermeiro (a) da escola ou a um professor da sala de aula.

Pergunta: O meu filho(a) pode se consultar com um profissional da área de saúde de um de Greater Portland Health ou de uma clínica de atenção primária se o formulário de inscrição não for devolvido com a assinatura de um dos pais?

Resposta: Menores de idade (menos de 18 anos*) devem ter o formulário assinado antes de serem atendidos por um profissional de saúde. O formulário de inscrição serve como um comprovante de permissão para prestação de serviços médicos e de saúde mental a um menor.

O consentimento verbal feito por um dos pais ou guardião permitirá **apenas uma única** consulta da criança com o profissional de saúde. O formulário completo e assinado precisa ser devolvido antes da realização de qualquer outro serviço.

*Uma pessoa menor de idade poderá dar seu consentimento para qualquer serviço médico, de saúde mental, odontológico ou outro serviço de aconselhamento em saúde, se:

- Estiver vivendo separadamente e de forma independente do apoio dos pais
- For casado(a)
- For membro das Forças Armadas
- For emancipado(a)

Se o estudante tiver mais de 18 anos de idade, ele pode preencher e assinar o formulário de inscrição para receber serviços em qualquer clínica ou unidade de GPH.

Pergunta: O que caracteriza como uma visita confidencial?

Estudantes inscritos no Centro Médico Escolar terão acesso a serviços confidenciais (a não ser que o estudante escolha incluir pai ou mãe no processo e dê permissão para tal). Os serviços a seguir são considerados visitas confidenciais:

- Abuso de álcool e drogas
- Testes e tratamento para HIV e outras doenças sexualmente transmissíveis
- Serviços de pré-natal
- Atendimento ambulatorial em saúde mental
- Administração contraceptiva (incluindo, mas não limitado a: preservativos, pílulas anticoncepcionais orais, adesivos contraceptivos, pílulas anticoncepcionais de emergência; para estudantes do ensino médio: injeções contraceptivas, implantes contraceptivos e dispositivos contraceptivos intrauterinos também são opções)

Pergunta: Preciso inscrever meu filho(a) se ele(a) já for um paciente de GPH?

Resposta: Sim

P: Tenho uma dúvida sobre o seguro de saúde ou sobre uma factura que recebi.

R: Se pretender esclarecer dúvidas relacionadas com o seguro de saúde e as opções de pagamento, incluindo a nossa tabela de preços ajustada aos rendimentos do agregado familiar, ligue para (207) 874-2141 e marque a extensão 5058 para ser encaminhado para um dos nossos consultores de apoio financeiro. Se tiver dúvidas sobre os valores cobrados ou sobre os serviços indicados na sua factura, ligue para (207) 874-2141 e prima 6 para ser encaminhado para o Departamento de Facturação.

P: Por que razão pedem informações sobre os rendimentos do agregado familiar no formulário de inscrição? Posso recusar-me a responder a esta pergunta? **R:** A GPH tem a obrigação de comunicar os níveis de rendimento da população de pacientes que utiliza os seus serviços de saúde, para efeitos do financiamento dos nossos centros de saúde. Os dados individuais dos pacientes não são partilhados e os rendimentos do agregado familiar não afectam, de forma alguma, os cuidados de saúde que o seu filho/a sua filha recebe. Pode optar por não fornecer informações sobre os rendimentos do agregado familiar.

P: Qual é a diferença entre as funções do/a enfermeiro/a da escola e as dos Centros de Saúde Escolar (SBHC)?

R: O/a enfermeiro/a da escola avalia os problemas de saúde para determinar se a criança precisa de ser observada por um profissional de cuidados de saúde primários. Os enfermeiros da escola podem identificar factores que possam dificultar a aprendizagem, verificar o estado de vacinação, avaliar e prestar os primeiros cuidados em caso de acidente ou doença, administrar medicamentos e apoiar o sucesso escolar através dos Planos Educativos Individuais (IEP) e dos Planos Individuais de Saúde (IHP).

Os SBHC constituem um ponto de acesso aos cuidados de saúde e uma fonte de cuidados de saúde primários para as crianças, contando com profissionais de saúde médica e de saúde comportamental, como médicos, enfermeiros especializados, assistentes médicos e assistentes sociais clínicos com licença profissional. As crianças inscritas podem escolher a GPH como o seu centro de referência de cuidados de saúde primários, permitindo-lhes ter acesso a cuidados coordenados e acessíveis durante todo o ano. Se uma criança já for acompanhada por um médico de família noutra unidade de saúde, os profissionais de saúde dos SBHC coordenarão os cuidados com o médico de família da criança.

P: Que serviços são disponibilizados nos SBHC?

R: Os serviços disponibilizados incluem exames médicos para a prática desportiva, diagnóstico e tratamento de doenças ligeiras, monitorização de doenças crónicas, vacinação, aconselhamento em saúde mental, colheitas de sangue para análises laboratoriais e gestão de contracepção.

P: As crianças devem dirigir-se primeiro ao/a enfermeiro/a da escola ou ir directamente ao SBHC?

R: As crianças inscritas nos serviços de saúde escolar podem escolher onde querem ser atendidas primeiro. Uma criança inscrita pode dirigir-se directamente a qualquer SBHC durante o respectivo horário de funcionamento, sem marcação prévia. Também é possível marcar uma consulta antecipadamente através do/a enfermeiro/a da escola ou directamente pela criança.

P: O meu filho/a minha filha pode ser atendido/a num SBHC mesmo que não frequente essa escola?

R: Sim. Se o seu filho/a sua filha estiver inscrito/a nos serviços de saúde escolar da GPH, poderá ser atendido/a em qualquer um dos nossos SBHC e em qualquer unidade de cuidados de saúde primários da GPH que preste cuidados a crianças.

P: Tenho de voltar a inscrever o meu filho/a minha filha nos serviços de saúde escolar da GPH todos os anos? Se o meu filho/a minha filha deixar de frequentar as escolas de Westbrook, South Portland ou Portland, continuará a ser paciente da GPH?

R: Enquanto o seu filho/a sua filha estiver matriculado/a num estabelecimento de ensino público de Westbrook, South Portland ou Portland, NÃO é necessário preencher documentos novos todos os anos. Também não é necessário preencher documentação adicional para que o seu filho/a sua filha seja atendido/a em qualquer um dos nossos SBHC da GPH ou em qualquer unidade de cuidados de saúde primários da GPH que preste cuidados a crianças.

Se o seu filho/a sua filha deixar de estar matriculado/a num destes três estabelecimentos de ensino públicos, deverá contactar a GPH através do número 874-2141 e solicitar que o seu filho/a sua filha continue a ser acompanhado/a numa das nossas unidades de cuidados de saúde primários que prestam cuidados a crianças. Poderá ser necessário preencher documentação adicional.

P: E se o meu filho/a minha filha precisar de cuidados de saúde fora do horário escolar?

R: Pode marcar uma consulta em qualquer unidade de cuidados de saúde primários da GPH que preste cuidados a crianças, ligando para 874-2141. Se o seu filho/a sua filha for acompanhada por um médico de família fora do GPH, também pode optar por contactá-lo directamente.

P: O meu filho/a minha filha poderá ter acesso aos profissionais de saúde do SBHC durante os períodos de ensino à distância ou quando o horário escolar sofrer alterações?

R: Sim. Todos os profissionais de saúde, incluindo os profissionais de saúde comportamental, podem realizar consultas de telemedicina, através do ZOOM ou por telefone. Para podermos ter os dados de contacto correctos para as teleconsultas, indique o endereço de e-mail do seu filho/da sua filha no formulário de inscrição.

Se tiver outras perguntas, contacte-nos através do número (207) 874-2141, extensão 7, ou por e-mail para gphschoolhealth@greaterportlandhealth.org.

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>

Centro de Saúde Escolar da GPH

Formulário de Inscrição

Preencha e entregue na escola

Nome da escola: _____

Ano de escolaridade: _____

Nome da criança (apelido, nome próprio e inicial do nome do meio): _____
(igual ao indicado no cartão do MaineCare, se aplicável)

Data de nascimento: ____/____/____
mês/dia/ano

Sexo no registo civil (assinale uma opção): M F

Morada: _____ Código postal: _____

Sem-abrigo ☐

Telefone do pai/mãe ou responsável: _____ Pode ser deixada uma mensagem de voz? Sim/Não

Endereço de e-mail do pai/mãe ou responsável: _____

Nome da companhia de seguros _____ N.º da apólice _____

N.º do grupo _____ Morada da companhia de seguros _____

Nome do fiador/pai/mãe _____ N.º

de telefone _____

O seu filho/a sua filha tem seguro de saúde? Sim/Não

Se pretender esclarecer dúvidas relacionadas com o seguro de saúde e com as opções de pagamento, ligue para (207) 874-2141 e marque a extensão 5058 para ser encaminhado para um dos nossos consultores de apoio financeiro.

Dados de saúde:

Onde é que o seu filho/a sua filha recebe habitualmente cuidados de saúde? _____ Northern Light Health _____ InterMed _____ MaineHealth _____ Martin's Point _____ Greater Portland Health _____ Outro: _____

O meu filho/a minha filha fez um exame médico nos últimos dois anos. _____ SIM _____ NÃO _____ Não sei

O meu filho/a minha filha vai precisar de vacinas este ano. _____ SIM _____ NÃO _____ Não sei

O seu filho/a sua filha tem asma? SIM/NÃO Tem um plano escrito para a asma na escola? SIM/NÃO

O seu filho/a sua filha tem diabetes? SIM/NÃO Tem um plano escrito para a diabetes na escola? SIM/NÃO

Outros problemas de saúde física, dentária ou mental: _____

Antecedentes de saúde pessoais e familiares –

Assinale se o seu filho/a sua filha ou algum familiar tem ou teve alguma das seguintes doenças ou problemas de saúde:

_____ Alergias	_____ Diabetes
_____ Doença do sistema imunitário	_____ Asma
_____ Doença cardíaca	_____ Doença mental
_____ Abuso de álcool/drogas	_____ Hipertensão arterial
_____ Colesterol elevado	_____ Tuberculose

Raça da criança (assinale uma ou mais opções): _____ Branca _____ Negra, africana ou afro-americana _____ Nativa de outras ilhas do Pacífico _____ Asiática _____ Indígena da América do Sul, Central e do Norte ou nativa do Alasca _____ Nativa do Havai _____ Multirracial

Etnia: _____ Hispânica/Latina _____ Não hispânica/não latina

Rendimento anual total do agregado familiar: _____ Número total de pessoas do agregado familiar que vivem na mesma morada: _____

Nome do fiador (pessoa responsável pelo pagamento das despesas de saúde da criança): _____ Data de nascimento: _____ Relação com a criança: _____

Ao assinar este formulário, declaro que tomei conhecimento e compreendi que:

- Recebi e li a Carta Informativa sobre os Centros de Saúde Escolar da Greater Portland Health (“GPH”), que explica o que são os Centros de Saúde Escolar da GPH e quais os serviços e benefícios que podem disponibilizar ao meu filho/à minha filha.
- Os Centros de Saúde Escolar da GPH são entidades independentes das escolas e dos gabinetes de enfermagem escolar. Prestam cuidados de saúde primários, incluindo avaliações de saúde e diversos tratamentos nas escolas, e articulam-se com outros profissionais de saúde que também podem estar envolvidos nos cuidados prestados ao meu filho/à minha filha.
- O presente consentimento é válido enquanto o meu filho/a minha filha estiver matriculado/a nos seguintes estabelecimentos de ensino público: Portland, Westbrook ou South Portland, a menos que seja por mim revogado por escrito antes desse prazo.
- Tenho de ler e assinar o Formulário de Autorização para a Utilização e Divulgação de Dados de Saúde no âmbito da inscrição do meu filho/da minha filha nos Centros de Saúde Escolar da GPH.

Li este formulário na íntegra e, neste momento, concordo em inscrever o meu filho/a minha filha nos Centros de Saúde Escolar da GPH.

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

Nome (em letra legível): _____ Relação com a criança _____

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*



Centros Médicos Escolares de Greater Portland Health

Autorização para divulgação de informações

Ao assinar o documento abaixo, eu confirmo e concordo com as informações a seguir relacionadas à inscrição do meu filho no programa Centro Médico Escolar (SBHC - School-Based Health Center) de Greater Portland Health (GPH) e à divulgação do registro de saúde do meu filho e informações afins:

- Eu recebi e li o Aviso das Práticas com as Informações Médicas do SBHC de 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 de 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 Escolar de GPH.
- Eu autorizo o Centro Médico Escolar de GPH a fornecer para a escola (incluindo o (a) enfermeiro (a) e assistentes sociais) informações dos registros do Centro Médico Escolar de GPH, conforme necessário e apropriado para fins relacionados com tratamentos, ou conforme exigido ou permitido por lei como determinado por GPH.
- Eu autorizo o Centro Médico Escolar de GPH a compartilhar as informações contidas nos prontuários do Centro Médico Escolar de GPH (incluindo os registros médicos escolares se estiverem incluídos nos registros do Centro Médico Escolar de 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 de GPH para facilitar o atendimento médico oferecido ao meu filho pelo Centro Médico Escolar de 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 de GPH a divulgar informações dos registros Centro Médico Escolar de de 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 de GPH tenha dependido do consentimento original.

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

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