

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 os distritos escolares do Condado de Cumberland, oferece atendimento odontológico no local em escolas selecionadas..

Por favor, preencha e assine este Formulário de Inscrição Dental, o Formulário de Consentimento para Tratamento e o Formulário de Autorização para Divulgação de Informações para permitir que seu filho tenha acesso aos serviços dentários na escola. Você deve fazer isso 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
- ☐ Sim, eu gostaria que meu filho recebesse selantes dentais para prevenir cáries em seus dentes permanentes (se apropriado).

*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.

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

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

A COBERTURA DO SEGURO DENTÁRIO DO SEU ALUNO

Se o seu filho tiver seguro dental, incluindo o MaineCare, o seguro será cobrado. Sua família não será cobrada por nenhuma reclamação negada ou se seu filho não tiver seguro.

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

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

Seu filho tem seguro dental privado/comercial? ☐ Sim ☐ Não ☐ Não tenho certeza

Nome do assinante	/ /	Data de nasc.		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.

Se o seu filho tem um dentista, quando foi a última vez que ele foi ao dentista?

☐ Ano passado ☐ Há mais de um ano ☐ Nunca foi

Seu filho tem alguma alergia? S ou N (circule uma) Se sim, por favor, liste-as: _____

Indique todos os medicamentos que seu filho toma: _____

Informe qualquer histórico de cirurgias: _____

Seu filho apresenta alguma das opções abaixo: Por favor, marque todas as opções que se aplicam.

- | | | |
|---|--|--|
| ☐ TDA/TDAH | ☐ Defeitos congênitos | ☐ Tipo de diabetes _____ |
| ☐ AIDS/ HIV/Hepatite | ☐ Paralisia cerebral | ☐ Epilepsia/convulsões |
| ☐ Ansiedade | ☐ Fenda labial/palatina | ☐ Distúrbio renal |
| ☐ Asma | ☐ Câncer/Tumores | ☐ Distúrbio hepático |
| ☐ Autismo/Asperger | ☐ Doença cardíaca congênita | ☐ 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

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: _____

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.

Rua, Apt./Unidade #

Cidade

Estado

Código Postal

Telefone

Paciente da Greater Portland Health?

☐ SIM

☐ NÃO

E-mail dos pais/responsáveis

Endereço Residencial do Estudante (se diferente do do Pai/Mãe ou Responsável):

Ao assinar este formulário, reconheço que:

Eu consinto que meu filho receba os serviços odontológicos que indiquei acima sem a presença de um pai ou responsável durante o período em que meu filho estiver matriculado em um distrito escolar do Condado de Cumberland com o qual a GPH faz parceria.

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.

☐ Sim, eu assinei o Consentimento Geral para Tratamento e a Autorização para Divulgação de Informações

Assinatura do paciente ou pais/responsável legal

Data de assinatura

Nome do paciente: _____

Data de nascimento: _____

4 de 4

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: _____

CONSENTIMENTO GERAL PARA TRATAMENTO

100 Brickhill Avenue, Suite 301, South Portland, Maine 04106
T. (207) 874-2141 F. (207) 761-3738

Nome do paciente: _____ Data de nascimento: _____

Greater Portland Health (“GPH”) é um centro de saúde comunitário que oferece atendimento médico integrado para saúde física e comportamental, que inclui HIV/AIDS, e serviços odontológicos, a todos na comunidade. O GPH usa um registro eletrônico de saúde que reúne todas as suas informações médicas em um único lugar. Para prestar o melhor atendimento possível a você, os profissionais do GPH podem visualizar qualquer parte do seu prontuário médico relevante para o seu tratamento, o que pode incluir seus registros físicos, de saúde mental, de uso de substâncias e/ou odontológicos.

- Consentimento geral para tratamento:** ao assinar abaixo, autorizo os profissionais de serviços de saúde do GPH a realizar exames, testes diagnósticos e procedimentos para avaliar minhas condições de saúde e oferecer cuidados (incluindo tratamento de emergência), serviços ou terapias necessários para diagnosticar e tratar-me com eficácia. Entendo que é responsabilidade do(s) meu(s) profissional(is) de serviços de saúde explicar-me a natureza dos cuidados, tratamentos, serviços, medicamentos prescritos, intervenções sugeridas ou procedimentos propostos. Antes de eu me submeter a qualquer procedimento ou teste, meu(s) profissional(is) de serviços de saúde explicará(ão) os possíveis benefícios, riscos ou efeitos colaterais, incluindo possíveis problemas que possam ocorrer durante a recuperação, a probabilidade de sucesso, outras opções, incluindo riscos ou efeitos colaterais relevantes para essas alternativas, bem como informações sobre os possíveis resultados de não optar pelo tratamento recomendado.
- Direito de recusar tratamento:** ao dar o meu consentimento geral para o tratamento, entendo que posso recusar qualquer exame, teste, procedimento, tratamento, terapia ou medicamento recomendado ou considerado clinicamente necessário pelo(s) meu(s) profissional(is) de serviços de saúde e que permaneço responsável pelas decisões sobre o meu próprio atendimento médico e pelas consequências dessas decisões.
- Responsabilidade de pagamento:** entendo que devo pagar ao GPH por quaisquer cobranças resultantes do meu tratamento. Solicito que o pagamento dos benefícios cobertos autorizados seja feito em meu nome ao GPH por tais serviços. Entendo que o GPH pode divulgar informações de saúde sobre mim, incluindo informações relacionadas a HIV/AIDS, abuso de substâncias (exceto informações limitadas por lei) e tratamento de saúde mental para a(s) minha(s) operadora(s) de seguro de saúde a fim de verificar esses benefícios.
- Divulgação de informações sobre cuidados de saúde:** entendo que, sujeito a certas condições, posso pedir para limitar as divulgações, receber informações confidenciais fornecendo ao GPH um endereço, número de telefone ou outro meio de receber as informações, ver ou obter cópias das minhas informações de saúde protegidas mediante solicitação por escrito e que tenho outros direitos com relação às minhas informações de saúde, conforme estabelecido no Aviso de Práticas de Privacidade.
- Aviso de Práticas de Privacidade:** entendo que o GPH deve manter minhas informações de saúde confidenciais, mas, em termos jurídicos, pode usar minhas informações de saúde com o propósito de me tratar, receber o pagamento pelos serviços prestados a mim, coordenar os cuidados para mim ou para as operações internas necessárias do GPH.
- Plano de saúde:** se eu tiver cobertura de plano de saúde ativa, preciso ter certeza de que o meu plano tem o meu profissional de cuidados primários (PCP, sigla em inglês) do GPH listado para fins de cobrança adequada e acesso a cuidados especializados. Entendo que o GPH tem o direito de entrar em contato com a operadora do meu plano de saúde para fornecer informações atualizadas se o profissional de cuidados primários listado não estiver correto.
- HealthInfoNet:** o HealthInfoNet é um sistema eletrônico seguro e padronizado em que os profissionais de serviços de saúde do estado do Maine podem compartilhar informações importantes sobre os pacientes, fornecendo-lhes as ferramentas necessárias para tomar decisões de tratamento mais fundamentadas. Esse é um programa com opção de exclusão. Se desejar saber mais, ou optar por não participar, pergunte a qualquer um de nossos representantes de atendimento ao paciente na recepção.
- Regras de comportamento adequado:** o GPH deve ser um ambiente seguro e respeitoso para todos: clientes, funcionários, visitantes e voluntários. Qualquer comportamento que torne o espaço da clínica inseguro, violento ou ameaçador é inaceitável. Tais comportamentos resultarão em ações adequadas por parte do GPH, incluindo a criação de um acordo de assistência colaborativa e possível rescisão vindo desta prática.
- Direitos de reclamação:** estou ciente dos meus direitos de reclamação como paciente, conforme descrito na Política de Tratamento de Reclamações do Greater Portland Health.
- Assinatura:** ao assinar abaixo, concordo que li e compreendi as informações apresentadas acima. Se eu tiver alguma dúvida sobre o meu consentimento, perguntarei ao meu profissional de serviços de saúde antes de assinar este formulário.

Assinatura do paciente _____ Data _____

(Se menor de 18 anos, um dos pais ou responsável jurídico deve assinar)