



Connecticut Institute for Communities, Inc.

Formulário de Autorização de Centros de Saúde baseados na escola

Todas as informações na parte frontal e traseira deste formulário de autorização devem ser preenchidas, datadas e assinadas antes de o seu filho poder receber serviços dos Centros de Saúde Escolar. Se um aluno tiver 18 anos ou mais, pode assinar o seu próprio formulário de autorização. *Raça /* A informação de etnia é exigida pelo Estado e será utilizada apenas para fins estatísticos.

| | | | | |
|--|--|---|--|----------------------------|
| Nome do aluno (último, primeiro, do Meio) | | Data de Nascimento (mês/dia/ano) | <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino | Grau/Cluster |
| | | | <input type="checkbox"/> Outros _____ | |
| Endereço de rua (Rua, Cidade, Estado, Código Postal) | | | Telefone Residencial | |
| Por favor, verifique A Escola: | <input type="checkbox"/> Hill & Plain ES <input type="checkbox"/> Schaghticoke MS | <input type="checkbox"/> Northville ES <input type="checkbox"/> New Milford HS | <input type="checkbox"/> Sarah Noble IS | Número do celular do aluno |

| | | | |
|---|------------------|--|----------------------------------|
| Nome dos Pais/Responsáveis | | Relação com o estudante | Data de Nascimento (mês/dia/ano) |
| Endereço pai/guardião, se diferente do aluno (Rua, Cidade, Estado, CEP) | | Endereço de e-mail dos pais/responsáveis | |
| Telefone Residencial | Telefone Celular | Telefone do Trabalho | |

| | | | |
|---|------------------|--|----------------------------------|
| Nome dos Pais/Responsáveis | | Relação com o estudante | Data de Nascimento (mês/dia/ano) |
| Endereço pai/guardião, se diferente do aluno (Rua, Cidade, Estado, CEP) | | Endereço de e-mail dos pais/responsáveis | |
| Telefone Residencial | Telefone Celular | Telefone do Trabalho | |

| | | |
|-------------------------------|------------------|-------------------------|
| Nome de contato de emergência | | Relação com o estudante |
| Telefone Residencial | Telefone Celular | Telefone do Trabalho |

| | | | |
|---|---|--|---------------------------------|
| *Raça: (Por favor marque Uma) <input type="checkbox"/> Índio Americano /Alasca <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Americano Negro/Africano | | | Em que país nasceu o estudante? |
| <input type="checkbox"/> Branco <input type="checkbox"/> HavaianoNativo/ Outro ilhéu do Pacífico <input type="checkbox"/> Mais de uma raça <input type="checkbox"/> Recusar-se a reportar | | | |
| *Etnia: Hispânico /Latino? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> Não | Qual a língua(s) que o Aluno fala? (Marque todas que se aplicam) <input type="checkbox"/> Inglês <input type="checkbox"/> Espanhol <input type="checkbox"/> Português <input type="checkbox"/> Outros: _____ | Tradutor necessário: <input type="checkbox"/> SIM or <input type="checkbox"/> Não | |
| O Aluno participa do programa de almoço gratuito ou Preço reduzido? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> Não | Renda Familiar por Ano \$ | # de membros da família | |

**Nome da farmácia:

Endereço:

Telefone #:

| | | | |
|--|------------------------------|--|------------------------------|
| Dados Médicos | | Dados Dentários ** Por favor, forneça uma cópia do cartão de seguro | |
| Nome do Médico ou Clínica Médica: <i>Se não médico, escreva "NONE"</i> | | Nome do Dentista: <i>Se Não Dentista, escreva "NONE"</i> | |
| Endereço do Médico (Rua, Cidade, Estado, CEP) | | Endereço do Dentista (Rua, Cidade, Estado, CEP) | |
| Telefone do médico: | Data do último exame físico: | Telefone do dentista: | Data do último exame dental: |

| | |
|--|--|
| <p>O aluno possui MEDICAID/Husky: SIM ou NÃO Medicaid Pendente: SIM ou NÃO **Por favor, forneça uma cópia do cartão de seguro Se seu filho não tem seguro de saúde Por favor, ligue para 1-877-CT-HUSKY</p> <p>Medicaid #: _____</p> <p>Nome da aluno no Cartão: _____</p> <p><i>Se NÃO houver seguro, entre em contato com a SBHC para obter assistência de inscrição</i></p> | <p>O aluno tem Seguro Privado/Comercial: SIM or NÃO **Por favor, forneça uma cópia do cartão de seguro</p> <p>Nome da Companhia de Seguros: _____</p> <p>Nome do Segurado: _____</p> <p>Data de Nascimento do Segurado: _____</p> <p>Endereço do Segurado: _____</p> <p>Empregador do Segurado: _____</p> <p>Parentesco: _____</p> <p>Número do Seguro do Aluno: _____</p> <p>Número do Grupo: _____</p> |
|--|--|

SNIS SBHC (860) 946-0950 Fax: (860) 946-0951
H&P SBHC (860) 946-0960 Fax: (860) 946-0961

NMHS SBHC (475) 454-5353 Fax: (475) 454-5363
SMS SBHC (475) 454-5455 Fax: (475) 454-5465

NES SBHC (860) 946-0940 Fax: (860) 946-0941

***POR FAVOR RESPONDA A TODAS AS PERGUNTAS, ASSINE E ESCRIVA A DATA NA SUGUNDA PÁGINA.**

Formulário de História Médica SBHC (page 2)

Nome do aluno: _____

Data de Nascimento : _____

O aluno está tomando algum medicamento? SIM Não Se confirmar SIM, por favor, marque incluindo doses e com que frequência.
(Incluir inaladores de asma e EpiPens)

Histórico Médico:

***Verifique todos os quadrados que se aplicam e explique nas linhas abaixo:**

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Hospitalização ou Cirurgia | <input type="checkbox"/> Desmaio | <input type="checkbox"/> Concussões cerebral (quando) |
| <input type="checkbox"/> Alergias (comida, medicação, abelhas, etc.) | <input type="checkbox"/> Problemas com exercício/ correr | <input type="checkbox"/> História das Convulsões |
| <input type="checkbox"/> Alergias sazonais / ambientais | <input type="checkbox"/> Problemas de asma / respiração | <input type="checkbox"/> Dores de cabeça / Enxaquecas |
| <input type="checkbox"/> Ossos quebrados, Deslocamentos | <input type="checkbox"/> Desordens sanguíneas / Anemia / Célula Falciforme | <input type="checkbox"/> Diabetes/Tiroide/Endócrino |
| <input type="checkbox"/> Lesões musculares ou articulares | <input type="checkbox"/> Problemas de visão (Lentes de Contacto / Óculos) | <input type="checkbox"/> Problemas de peso ou alimentação |
| <input type="checkbox"/> Problemas no pescoço ou nas costas | <input type="checkbox"/> "Mono" | <input type="checkbox"/> Femininos: Problemas menstruais |
| <input type="checkbox"/> Defeitos cardíacos / Sopro Cardíaco | <input type="checkbox"/> Tuberculose ou Teste positivo da pele | <input type="checkbox"/> Problemas estomacais |
| <input type="checkbox"/> Pressão Arterial Alta / Colesterol | <input type="checkbox"/> Problemas de pele (Eczema, Psoríase) | <input type="checkbox"/> Problemas de audição |
| <input type="checkbox"/> Dor no peito durante ou após o exercício | <input type="checkbox"/> Problemas dentários (Dor / Sangramento) | <input type="checkbox"/> Outros problemas médicos |

O aluno/ aluna esta sobre os cuidados de um especialista médico SIM Não

O aluno/ aluna visitou um dentista no último ano ? SIM Não O aluno/ aluna visitou o mesmo dentista por mais de um ano? SIM Não

História da Saúde Mental:

***Verifique todos os quadrados que se aplicam e explique nas linhas abaixo:**

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Distúrbio de disposição / Depressão | <input type="checkbox"/> Distúrbio de aprendizagem / ADD / ADHD / Espectro do Autismo |
| <input type="checkbox"/> Ansiedade / Pânico / TOC | <input type="checkbox"/> Perda / Divórcio / Deportação de membros familiares |
| <input type="checkbox"/> Fúria / Outros problemas de comportamento | <input type="checkbox"/> Uso de substâncias / Vaping |
| <input type="checkbox"/> Preocupações académicas | <input type="checkbox"/> Dieta / Perda ou ganho peso significativo |
| <input type="checkbox"/> Cortar / Automutilação | <input type="checkbox"/> Outras preocupações |

História Familiar:

***Verifique todos os quadrados que se aplicam e explique nas linhas abaixo:**

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Membro de família com doença cardíaca | <input type="checkbox"/> Membro de família com doença mental (Exemplo: depressão) |
| <input type="checkbox"/> Membro de família com colesterol alto | <input type="checkbox"/> Membros de família com problemas de álcool/drogas |
| <input type="checkbox"/> Membro de família com diabetes | <input type="checkbox"/> Problemas médicos familiares não referidos acima |
| <input type="checkbox"/> Algum membro da família morreu de repente por causa de problemas cardíacos ou morte súbita antes dos 50 anos? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> Não | |

POR FAVOR Especifique QUAL MEMBRO FAMILIAR (Maternal / Paternal): _____

Este historial médico é o mais preciso dentro do meu melhor conhecimento. Eu entendo que sou obrigado a informar o Centro de Saúde Escolar se houver alguma mudança mental ou física do meu filho.

Li a informação relativa ao Centro de Saúde Escolar do CIFC Health e autorizo este aluno a obter todos os serviços oferecidos no Centro de Saúde Escolar enquanto estiver matriculado na escola. Sei que os serviços são confidenciais, exceto em situações de risco de vida ou serviços de emergência de acordo com a lei. Eu autorizo os Centros de Saúde Da Escola CEI E as Escolas Públicas de Danbury a trocarem informações apropriadas com as pessoas adequadas com o objetivo de prestar serviços de saúde, diagnóstico, tratamento e aconselhamento, bem como manter a segurança nas escolas.

Estas informações partilhadas podem incluir dados relativos com a saúde, com a escola e com a educação especial necessária para o tratamento e serviços das companhias de seguros para efeitos de pagamento. Eu autorizo que os pagamentos sejam feitos diretamente ao Centro de Saúde Escolar do CIFC Health pelos serviços prestados. A minha assinatura abaixo também serve como reconhecimento de que recebi a cópia do contrato de privacidade do CIFC Health de acordo com a lei federal. A menos que eu opte por retirar meu consentimento por escrito, esta autorização para serviços nos Centros de Saúde Escolares continuará por todo o período de tempo em que esse aluno estiver matriculado nas Escolas Públicas de New Milford.

Sim Não Recebi o Aviso de Práticas de Privacidade da HIPAA

DATA: _____ **ASSINATURA:** _____ **PARENTESCO:** _____