



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 <input type="checkbox"/> Outros _____	Grau/Cluster
Endereço de rua (Rua, Cidade, Estado, Código Postal)		Telefone Residencial	
		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 <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	Em que país nasceu o estudante?
* Etnia: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> Não Hispânico /Latino? Qual a língua(s) que o Aluno fala? (<i>Marque todas que se aplicam</i>) <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>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Newtown Middle School 11 Queen Street, Newtown CT 06470 (203) 270-6114 Fax: (203) 270-4644

***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 / Sopros 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 acadêmicas | <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): _____

Esta história médica é precisa até onde sei. Entendo que sou obrigado a informar o Centro de Saúde Escolar se houver alguma alteração na saúde mental ou física do meu filho.

Li as informações referentes ao Centro de Saúde Escolar do CIFC e dou permissão para que esse aluno obtenha todos os serviços oferecidos no Centro de Saúde Escolar enquanto estiver matriculado na escola. Entendo que os serviços são confidenciais, exceto em situações de risco de vida ou serviços de emergência e de acordo com a lei. Dou permissão aos Centros de Saúde Baseados em Escolas de Saúde do CIFC e às Escolas Públicas de Newtown para trocar informações pertinentes com pessoas apropriadas com a finalidade de fornecer serviços de saúde, diagnóstico, tratamento e aconselhamento, bem como manter a segurança nas escolas. Essas informações compartilhadas podem incluir dados de saúde, acadêmicos e de educação especial necessários para o tratamento/serviços às seguradoras nomeadas para fins de cobrança. Autorizo que os pagamentos sejam efetuados diretamente ao Centro de Saúde Escolar do CIFC pelos serviços prestados. Minha assinatura abaixo também serve como reconhecimento de que recebi uma cópia da política de privacidade do CIFC Health conforme lei federal. A menos que eu opte por retirar meu consentimento por escrito, esta autorização para serviços nos Centros de Saúde Escolares continuará durante todo o período de tempo em que este aluno estiver matriculado nas Escolas Públicas de Newtown.

Sim Não Recebi o Aviso de Práticas de Privacidade da HIPAA

DATA: _____ ASSINATURA: _____ PARENTESCO: _____