

Estes são alguns exemplos de condições de saúde crônicas:

Asma Diabetes Alergia Distúrbio do Déficit de Atenção (ADD/ADHD)

Hipertensão Depressão Eczema/Erupções cutâneas

Se tiver dúvidas sobre esta ou qualquer outra parte deste formulário, pergunte ao pessoal do Centro de Saúde Escolar.

Formulário para Pais ou Guardiã Legal de Consentimento para Tratamento e Troca de Informações

Por favor preencha os **DOIS LADOS** deste formulário de consentimento e retorne-o para o School Based Health Center ou a(s) enfermeira(s) da escola

Secao A

Informação do estudante

Sobrenome do Estudante

Primeiro Nome do Estudante

Endereço Residencial do Estudante

Telefone Residencial do Estudante

CelularHouse

Office BHS/Shop CCT

Ano da Formatura

Consentimento para Tratamento Medico e Dentario

Eu dou permissão ao meu filho para receber cuidados preventivos e de rotina oferecidos no School Based Health Center (Centro de Saúde da escola) do Community Health Center of Cape Cod (CHC), como descrito neste documento, no dia de hoje intitulado The School Based Health Center na Barnstable High School, e em acordo com as leis da Federação de Massachusetts. Eu tive a oportunidade de discutir os serviços oferecidos no School Based Health Center (Centro de Saúde da Escola). Serviços de saúde incluem: avaliação, diagnóstico e tratamento de doenças e ferimentos leves e agudos; serviço odontológico; avaliação da saúde em geral e exames (ex. exame físico de trabalho) cuidado com ferimentos e doenças de longa duração, imunização e cuidados ginecológicos básicos.

Eu também dou permissão ao meu filho para receber aconselhamento sobre saúde e saúde mental e informações sobre: dieta e controle de peso, como parar de fumar, prevenção de uso de droga e álcool, problemas emocionais, prevenção do HIV, prevenção da gravidez, incluindo aconselhamento sobre abstinência sexual e testes de laboratório, e avaliação de doenças comuns ou agudas, incluindo tuberculose.

Eu concordo com as informações abaixo, se necessário para o cuidado apropriado da saúde: troca de informações médicas entre o Centro de Saúde e a outros provedores de cuidados de Saúde; troca de informações de cuidados de saúde entre o Centro de Saúde e a enfermeira da escola (incluindo divulgação de informação de relatório médico do estudante para School Based Health Center pela enfermeira da escola); encaminhamento do estudante para o clínico geral ou outro provedor de saúde. Eu dou permissão aos professores do BHS, conselheiros, as enfermeiras da escola, e a outro profissional da escola que esteja diretamente envolvido com meu filho, a conversar e obter informações apropriadas com as enfermeiras praticantes do CHC e terapeutas clínicos, com o propósito de planejamento de tratamento.

Eu autorizo a School Based Health Center a liberar informações relacionadas a tratamento a terceiros participantes e a outros com o propósito de pagamentos e cobranças do tratamento ou por qualquer outra razão, requerida pelo estatuto em concordância de seus regulamentos para aceitar práticas médicas.

Assinatura

Eu li e compreendi este formulário de consentimento, e dou minha permissão, a qual permanecerá em efeito pelo tempo que meu filho estiver cadastrado na Barnstable High School a receber serviços do CHC School Based Health Center. Eu compreendo que eu posso retirar ou modificar meu consentimento por escrito a qualquer hora.

Assinatura do Guardia Legal

Data

Nome do Guardiã Legal (letra de forma por favor)

Telefone durante o dia

Celular

Contato de Emergência

Telefone

Por favor preencha os **DOIS LADOS** deste formulário de consentimento e retorne-o para a School Based Health Center ou para o enfermeiro(a) da escola
**School Based Health Center or School Nurse,
Room 1306, Barnstable High School
(508) 790-7200**

Secao B

Informação Médica

Sobrenome do Estudante

Primeiro Nome do Estudante

Nome do clínico geral do estudante

Alergias

Informações sobre o Seguro de Saúde: Marque as informações que se apliquem:

Seguro de Saúde ou HMO

Nome do Seguro de Saúde ou HMO

Número da Apólice

Número do Grupo (se houver)

Nome do Titular

Endereço do Titular

Cidade

CEP

Telefone

Nome e endereço do Empregador do Titular

Seguro Secundário

Nome

Número da Apólice

MassHealth

Não tem seguro de saúde: Por favor ligue para 508-790-7200 para maiores informações.

Contato de Emergência

Pessoa a ser notificada em caso de emergência

Parentesco

Telefone