

CENTROS ESCOLARES DE SAÚDE

Consentimento para receber Serviços

Os Centros Escolares de Saúde são um esforço conjunto da Optimus Health Care, Southwest Community Health Center e o Estado de Connecticut(State of Connecticut), Junta de Educação(Board of Education). Atualmente existem Centros Escolares de Saúde localizados nas Escolas Elementares, Blackham, Columbus, Dunbar, John F. Kennedy, Luiz Muñoz Marín, Read, Roosevelt e Cesar Batalla, bem como em três Escolas Secundarias; Bassik, Central e Harding

O QUE SÃO OS CENTROS ESCOLARES DE SAÚDE? São Centros de Saúde primária localizados em uma Escola. A equipe médica inclui: provedores médicos, enfermeiros(as) graduados(as), assistentes médicos, pediatras, dentistas, higienistas dentários, assistentes dentários e assistentes sociais

O QUE FAZEM OS CENTROS ESCOLARES DE SAÚDE? Os Centros Escolares de Saúde proveem uma variedade limitada de serviços, incluindo exames físicos, serviços de cuidado dos alunos que estão enfermos. Os Centros co-participam com o provedor médico nas questões relacionadas a saúde, incluindo o cuidado da asma, diabetes: manutenção da imunização em dia, aconselhamento individual ou familiar, orientação aos pais. Educação na sala de aula em assuntos relacionados a saúde, intervenção de crise, serviços de saúde reprodutiva incluindo: exames ginecológicos (Papa Nicolau e exames referentes a doenças sexualmente transmissíveis); diagnóstico e tratamento de doenças sexualmente transmissíveis, acesso a contraceptivos, e prescrição de anticoncepcionais: serviços de cuidado dentário incluindo limpezas, obturações e extrações. Indicações são feitas a provedores comunitários quando necessário.

COMO O ALUNO PODE USAR OS SERVIÇOS DO CENTRO ESCOLAR DE SAÚDE ?

O aluno deverá ter o Formulário de Consentimento assinado por seu pai ou guardião para poder receber os serviços do Centro Escolar de Saúde. Se o aluno tem 18 anos ou mais ou é emancipado, ele/ela, poderá assinar seu próprio Formulário de Consentimento. O Formulário de Consentimento é válido por **dois anos acadêmicos** e um novo consentimento será enviado para casa do aluno antes da data de expiração para garantir que o aluno permaneça membro ativo do Centro Escolar de Saúde.

COMO OS SERVIÇOS SÃO PAGOS? Optimus Health Center, Southwest Community Health Center e o Estado de Connecticut (State of Connecticut) contribuem com fundos para a operação desses Centros Escolares de Saúde. Cobrança feita as seguradoras auxiliam na cobertura dos custos de operação dos Centros Escolares de Saúde, **Você ou seu filho não serão cobrados diretamente por qualquer serviço.** Alunos ou famílias sem seguro médico não serão cobrados.

Os Centros Escolares de Saúde não cobrarão aos pais dos alunos diretamente, por co-pagamentos exigidos pela seguradoras de saúde, e não buscarão pagamentos de você se não alcançou a os mínimos exigidos de co-pagamento por parte da seguradora de saúde e não buscaremos pagamento diretamente de você se os requisitos feitos a seguradora forem negadas. Nossas cobranças não terão qualquer impacto sobre os valores que já paga a seguradora de saúde.

CONFIDENCIALIDADE: Os Centros Escolares de Saúde (School-Based Health Centers (SBHCs) aderem a todas as leis correntes com respeito a confidencialidade nos serviços de Saúde e em geral e especialmente no que diz respeito a serviços relacionados a menores de idade. Os Centros de Saúde Escolares podem divulgar informações com respeito a seu filho ou serviços prestados no sentido de cobrar pagamento das seguradoras, inclusive seguradoras privadas e Medicaid por serviços e por operações de cuidado da saúde e tratamento. [Favor observar o Aviso sobre a Privacidade(Notice of Privacy Practices)

A Junta de Educação (Board of Education) manterá parceria para assegurar o cuidado da saúde de todos os estudantes. Pela operação de Centros de Saúde nas escolas, os Centros de Saúde Escolares aceitam a responsabilidade única de promover um ambiente de segurança e saúde para todos os alunos. Os Centros de

Saúde e sua equipe cooperarão e comunicarão a você e a Junta de Educação(Board of Education) qualquer comportamento de alunos que produzam risco ou dano ao mesmo e a outros dentro do sistema educativo. A equipe (Staff) do Centro de Saúde estabelecerá protocolos e políticas desenvolvidas pelos Centros de Saúde Escolares bem como aquelas detalhadas no Manual de Trabalho da Junta de Educação (Board of Education) e do Guia Estudantil. Completar e assinar o Formulário de Consentimento autoriza a divulgação das informações constantes no Aviso sobre Privacidade(Notice of Privacy)

COMO POSSO TER MAIS INFORMAÇÕES SOBRE OS CENTROS DE SAÚDE ESCOLARES?

Por favor sinta-se a vontade para contactar qualquer dos Centros de Saúde Escolares nos endereços e telefones abaixo:

Brackman School
425 Thorne Street
Bridgeport, CT,06606
203.396.8532

Columbus School
275 George Street
Bridgeport, CT 06604
203.576.8462

John F. Kennedy Campus
700 Palisade Avenue
Bridgeport, CT 06610
203.576.7534

Dunbar School
790 Central Avenue
Bridgeport CT 06607
203.332.4567

Luiz Munhoz-Marin School
479 Helen Street.
Bridgeport, CT 06608
203.576-8310

Read School
130 Ezra Street
Bridgeport, CT 96606
203.275.4724

Roosevelt School
680 Park Ave
Bridgeport, CT,06604
203.275.2173

Bassick High School
205 Broad Street
Bridgeport, CT 06605
203.275.3100

Central High School
1 Lincoln Boulevard
Bridgeport, CT 06606
203.275.1701

Harding High School
1734 Central Avenue
Bridgeport,CT 06610
203.576.8213

Cesar Batalla School
606 Howard Avenue
Bridgeport, CT 06604
203.576.8517

James J. Curiale School
300 Laurel Avenue
Bridgeport, CT 06605
203.576.8437

Fairfield Wheeler High School
840. Old Town Rd
Bridgeport, CT 06606

Barnum School
495 Waterview Avenue
Bridgeport, CT 06608

Waltersville. School
159 Hallet Street
Bridgeport, CT 06608

Geraldine W. Johnson School
475 Lexington Avenue
Bridgeport, CT 06604
203.275.2597

Se tem perguntas com respeito aos Centros de Saúde Escolares, ligue diretamente para os Centros de Saúde Escolares. Encorajamos você a preencher o Formulário de Consentimento e o formulário Histórico Medico para que nossa equipe possa assistir você e seu filho.



CENTROS DE SAÚDE ESCOLARES - CONSENTIMENTO PARA SERVIÇOS

Por favor complete todas as informações na frente e no verso dessa permissão **com caneta. Você deve assinar e datar.** Para que seu filho(a) possa receber os serviços do Centro de Saúde Escolar. Se esse formulário não estiver completamente preenchido, seu filho(a) não poderá receber serviços exceto em caso de emergência. Se necessita ajuda no preenchimento, contacte o Centro de Saúde Escolar. Se o aluno tem 18 anos ou mais ou é emancipado, ele/ela poderá assinar sua própria permissão

Nome do Aluno _____ / ____ / ____
Sobrenome Nome Nome do Meio. Data de Nascimento
Endereço _____ Cidade _____ CEP _____
Primeira Língua _____ Escola _____ Sala _____
de Seguro Social _____ ☐ Homem ☐ Mulher ☐ Declina Informar Telefone: _____

Informação de Emergência dos Pais ou Guardião		
Nome do guardião:	DOB:	Relação
Guardião Email:	Telefone:	
Contato de emergência:	Telefone:	Relação

ETNICIDADE DO ALUNO ☐ Hispanico ou Latino ☐ Não Hispanico ou Latino ☐ Desconhecida /Não Reportada ☐ Outra. ☐ Declinou Informar

RAÇA/ ETNICIDADE DO ALUNO ☐ Americano Indio/ nativo do Alaska ☐ Asiatico ☐ Preto/Afro-americano ☐ Nativo do Havai ☐ Branco ☐ Outro ☐ Declinou Informar

Médico Primário: _____ Endereço: _____
Telefone: _____ Fax: _____ Dentista: _____
Se não tem seu próprio dentista quer que seu filho veja o SBHC Higienista ou Dentista. ☐ Sim ☐ Não

Informação de Seguro Médico/Dentário:
Tipo de Seguro (marque o que se aplica a você e complete a informação abaixo na cobertura de seguro do seu filho(a))
☐ Medicaid (Title 19) ☐ Privado/ Seguro Comercial ☐ Dentário ☐ Não tem seguro
☐ Medicaid HUSKY A. ☐ Medicaid HUSKY

Medicaid (Title 19); Medicaid HUSKY A: Medicaid HUSKY B Informacao:

Medicaid do Aluno #: _____ Nome de Seguradora: _____
Médico do Aluno: _____ Desde quando: _____

INFORMAÇÃO SOBRE O SEGURO PRIMÁRIO

Nome do Assegurado: _____ Relação com o aluno: _____
Endereço do Assegurado _____ Data de Nascimento do Assegurado _____
Número Social Security do Assegurado: _____
Nome e endereço da Companhia de Seguro: _____
Número da Apólice: _____ Número Grupo: _____ Nome Grupo: _____
Número do Plano: _____ Data da Vigencia de Cobertura: _____
Nome e Endereço do Empregador: _____

INFORMAÇÃO DE SEGURO DENTÁRIO

Nome do Assegurado: _____ Relação com o aluno: _____
Endereço do Assegurado: _____
Data de Nascimento do Assegurado _____ Número Social Security do Assegurado: _____
Nome e endereço da Companhia de Seguro: _____ Número do Plano: _____

Favor prover uma cópia de Cartão de seguro atual, Cartão do Medicaid, plano de saúde gerenciado pelo Medicaid ou qualquer forma de cartão de seguro exigido.

Nome do Aluno: _____ Data de Nascimento _____/_____/_____

Seu filho(a) tem algum problema de saúde? _____

Seu filho ou filha tem algum dos seguintes problemas (Marque **Sim** ou **Não** para **todas** as perguntas)

Sim	Não		Sim	Não	
☐	☐	Problemas de apetite.	☐	☐	Gravidez
☐	☐	HIV/AIDS	☐	☐	Alergia Sazonais
☐	☐	Problemas de Sono	☐	☐	Artritis
☐	☐	Problemas de Peso	☐	☐	Dor de Cabeça
☐	☐	Problema de Visão.	☐	☐	Convulsão
☐	☐	Problemas auditivos	☐	☐	Problemas de Sangue, anemia
☐	☐	Problemas Dentários	☐	☐	Problemas Coagulação
☐	☐	Problemas de Pele (Eczema, Psoríase)	☐	☐	Deficit de Atenção OU ADHD
☐	☐	Infecção Auditiva	☐	☐	Depressão
☐	☐	Asma	☐	☐	Doenças Mentais
☐	☐	Pneumonia	☐	☐	Hernia
☐	☐	Tuberculose (Infecção ou Contato)	☐	☐	Diabetes
☐	☐	Problemas Cardíacos	☐	☐	Problemas de Tireoide
☐	☐	Alta Pressão Arterial	☐	☐	Câncer
☐	☐	Colesterol Alto	☐	☐	Catapora
☐	☐	Estômago/Diarreia, Prisão de Ventre	☐	☐	Mononucleose
☐	☐	Vômito	☐	☐	Hepatite
☐	☐	Problemas Urinários	☐	☐	Meningite
☐	☐	Problemas Menstruais	☐	☐	Alto nível de Chumbo
☐	☐	Outros: Explicar: _____			

Seu filho(a) está tomando algum remédio todos os dias ou com frequência? ☐ Sim ☐ Não

Quais medicamentos: _____

Seu filho(a) é alérgico ou teve reação adversa a medicamentos, comidas ou insetos: ☐ Sim ☐ Não

Se Sim. Explique: _____

HISTÓRICO DE SAÚDE FAMILIAR

Sim	Não	ENFERMIDADE	PARENTE	EXPLIQUE
☐	☐	Diabetes	_____	_____
☐	☐	Câncer	_____	_____
☐	☐	Problemas Cardíacos	_____	_____
☐	☐	Pressão Alta	_____	_____
☐	☐	Sangue/Anemia	_____	_____
☐	☐	Problemas Coagulação	_____	_____
☐	☐	Respiratórios/Asma	_____	_____
☐	☐	Problemas Mentais	_____	_____
☐	☐	Alcool e Drogas	_____	_____
☐	☐	Infecções(TB,HIV/AIDS)	_____	_____
☐	☐	Morte (menos de 50 anos)	_____	_____
☐	☐	Outra. Explique: _____	_____	_____

Recebi os materiais referentes aos serviços do Centro de Saúde Escolar incluindo o Aviso de Prática de Privacidade. De acordo com o Estatuto do Estado, (Conn. Gen. Stat. 19a-602), ao assinar este formulário de consentimento, concordo que meu filho(a) possa discutir e receber os serviços mencionados acima, incluindo serviços de saúde reprodutiva. Os serviços de saúde reprodutiva incluem exames ginecológicos; diagnóstico e tratamento de infecções sexualmente transmissíveis; disponibilidade de preservativos e prescrição de anticoncepcionais sem aviso prévio da equipe do Centro de Saúde Escolar.

Autorizo a troca de informações médicas/de saúde mental relevantes entre a equipe da SBHC, com a equipe do Bridgeport Board of Education e com fornecedores externos, conforme necessário, com base no Aviso de Privacidade, a menos que eu me oponha por escrito. O objetivo deste processo será ajudar a manter a saúde e a segurança nas escolas e coordenar os cuidados do meu filho. Os prontuários do SBHC podem ser transferidos para outras clínicas do SBHC e para o Southwest Community Health Center, conforme necessário. Dou permissão aos Centros de Saúde Escolares para liberar informações sobre tratamento e/ou serviços para o(s) provedor(es) de seguro(s) do(s) meu(s) filho(s) para fins de cobrança.

Assinatura de Gaurdian: _____ Data: _____

Relacionamento com criança: _____ **Consent Valid for two academic years.**