



# Formulário de registro

**A Manet at TPS não cobra co-pagamentos e oferece atendimento independentemente da capacidade de pagamento.**

At Taunton Public Schools

**Informe-nos se houver qualquer alteração no histórico médico ou nos medicamentos de seu filho durante o ano.**

Nome do paciente: (primeiro) \_\_\_\_\_ (último) \_\_\_\_\_

Data de nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Sexo atribuído no nascimento:  Masculino  Feminino

Endereço: \_\_\_\_\_

Número de telefone: \_\_\_\_\_ Endereço de e-mail do paciente/aluno: \_\_\_\_\_

Escola: \_\_\_\_\_ Idioma preferido em casa: \_\_\_\_\_

**Etnia:**  Hispânico  Não hispânico

**Raça** (você pode especificar mais de uma):

Índio americano/nativo do Alasca asiático branco preto nativo havaiano/ilha do  
Pacífico/Desconhecido/não especificado Outro (especificar): \_\_\_\_\_ Prefiro não responder

## Informações sobre saúde:

1. Seu filho tem um médico de cuidados primários (PCP)?  SIM  NÃO Nome do médico de cuidados primários: \_\_\_\_\_

2. Seu filho está tomando algum medicamento atualmente?  SIM  NÃO

Em caso afirmativo, favor listar: \_\_\_\_\_

3. Marque todas as doenças que seu filho já teve:

Diabetes Hepatite Epilepsia/convulsões Doença do Rim/fígado Câncer Asma HIV/AIDS Tuberculose  
Distúrbios imunológicos Perturbações cardíacas Autismo/Deficiência de desenvolvimento Distúrbios sanguíneos/Anemia

4. Seu filho tem algum outro problema de saúde? Em caso afirmativo, favor listar: \_\_\_\_\_

5. Seu filho tem alguma alergia? Em caso afirmativo, favor listar: \_\_\_\_\_

## Seguro médico:

Preencha A, B ou C da melhor forma possível.

A.  Seguradora Privada: \_\_\_\_\_

Nº da Apólice: \_\_\_\_\_ Nº do ID do Grupo: \_\_\_\_\_

B.  Nº do ID do MassHealth/Medicaid: \_\_\_\_\_

C.  Sem seguro Você gostaria de receber ajuda para se inscrever no seguro?  SIM  NÃO

Entendo que esses serviços estão disponíveis para meu filho conforme necessário e são uma extensão, mas não uma substituição, dos provedores existentes de meu filho. Dou meu consentimento para que meu filho receba serviços de saúde em qualquer um dos centros de saúde escolares oferecidos pela Manet Community Health. Autorizo um profissional de saúde a fornecer serviços de saúde física, vacinas e comportamental para meu filho, pessoalmente ou por meio de uma plataforma segura de tele-saúde. Autorizo a realização de exames médicos necessários, avaliações e gerenciamento dos cuidados com a saúde de meu filho.

Também concordo com a troca de informações demográficas e de saúde entre os provedores do centro de saúde, a enfermeira da escola, o conselheiro de ajuste da escola e quaisquer outros profissionais médicos que possam ser necessários, seja verbalmente ou por meio do sistema de informações do aluno da escola. Entendo que o registro de saúde do meu filho será mantido em segurança pela Manet Community Health como um registro médico confidencial; não é um registro escolar. Também entendo que a confidencialidade será observada entre a equipe e qualquer criança que utilize o centro de saúde da escola.

Os centros de saúde baseados em escolas participam do Massachusetts Immunization Information System (MIIS - Sistema de Informações sobre Imunização de Massachusetts). O MIIS é um sistema confidencial em todo o estado para acompanhar os registros de imunização de crianças e adultos. Para limitar quem pode ver as informações do seu filho, você precisa preencher o formulário "Objeção ou retirada de objeção ao compartilhamento de dados", que pode ser obtido com o seu provedor de serviços de saúde.

Autorizo ainda a Manet Community Health a divulgar informações sobre o tratamento a terceiros pagadores ou outros para fins de faturamento e por qualquer motivo que possa ser necessário para cumprir estatutos, leis ou regulamentos, de acordo com a prática médica aceita. Tenho a oportunidade de analisar uma cópia do aviso de privacidade da HIPAA. Eu li e preenchi este formulário de consentimento e entendo que ele estará em vigor enquanto meu filho estiver matriculado em uma escola afiliada à Manet Community Health, a menos que eu notifique o centro de saúde da escola por escrito.

Assinatura do pai/responsável: \_\_\_\_\_ Nome impresso: \_\_\_\_\_

Número de telefone dos pais/responsáveis: \_\_\_\_\_ E-mail do Pai/Mãe ou Responsável: \_\_\_\_\_

Relação com o Paciente: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

**NÃO SE ESQUEÇA DE ASSINAR ESTE FORMULÁRIO ANTES DE ENVIÁ-LO**

Para perguntas sobre a Manet Community Health nas Escolas Públicas de Taunton, ligue para **857-358-7260**.

**Aviso de privacidade:** <https://www.manetchc.org/privacy-notice/>

Portuguese