

Informações sobre a Inscrição no Centro Médico Escolar

2021-2022

Prezado pai/mãe/responsável,

Em parceria com as escolas públicas de Portland, Westbrook e de South Portland e com o Maine Medical Center, o Greater Portland Health oferece serviços do Centro Médico Escolar (School-Based Health Center) nos seguintes locais: Portland High School, Deering High School, Casco Bay High School, PATHS e King Middle School, Westbrook High School e South Portland High School.

Preencha o formulário de inscrição no programa médico em anexo para permitir que o seu filho tenha acesso aos serviços médicos escolares na sua escola. **Mesmo se o seu filho já tiver um provedor de atendimento primário regular ou um provedor de serviços de saúde mental, você ainda pode inscrever a criança no Centro Médico Escolar do Greater Portland Health.** Nosso objetivo é que todas as crianças e pais estejam conectados a uma instalação de atendimento médico primário. O Centro Médico Escolar do Greater Portland Health complementa os serviços oferecidos pelo provedor de atendimento primário regular do seu filho e coordena o tratamento com esse profissional conforme apropriado. Acesse o site do Greater Portland Health (<http://www.greaterportlandhealth.org/>) para obter mais informações.

Os sinistros de seguro serão enviados para os serviços prestados conforme necessário. Se um paciente não tiver seguro, o Greater Portland Health oferece uma tabela de preços em escala.

<p>O Centro Médico Escolar do Greater Portland Health oferece:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Serviços médicos primários • Serviços de saúde comportamental • Serviços psiquiátricos • Serviços odontológicos (inscrição à parte) • Serviços de tele saúde 	<p>5 motivos importantes para você inscrever o seu filho:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Profissionais simpáticos e atenciosos 2. Agendamentos convenientes e rápidos (não precisa se preocupar com o transporte!) 3. Coordenação com o provedor de atendimento primário do seu filho 4. Atendimento de qualidade e atenção 5. Monitoramento fácil dos problemas crônicos
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Neste pacote estão incluídos os seguintes documentos:

- Formulário de Inscrição no Programa Médico – **preencha, assine e devolva para a enfermeira da escola ou o Centro Médico Escolar. Preencha o formulário mesmo se o seu filho estava inscrito no ano passado, pois é necessário fornecer informações atualizadas.**
- Aviso de Privacidade do Greater Portland Health – no verso desta carta – *para você guardar em seus registros.*
- Perguntas frequentes sobre os Centros Médicos Escolares – *para você guardar em seus registros.*
- *Para obter mais informações, entre em contato com Jason Goff, Gerente de Atendimento do Centro Médico Escolar, pelo telefone (207) 874-2141, ramal 8402, ou pelo e-mail jgoff@greaterportlandhealth.org.*

Há um formulário de inscrição no programa odontológico à parte incluído no pacote enviado ao seu filho.

180 Park Avenue, Portland, ME 04102 | P. (207) 874-2141 | F. (207) 874-2164 | GREATERPORTLANDHEALTH.ORG

AVISO DAS PRÁTICAS COM AS INFORMAÇÕES MÉDICAS

Este Aviso descreve como as informações médicas a seu respeito poderão ser usadas, divulgadas e como obter acesso a essas informações. Leia as informações com atenção.

Entenda suas informações médicas/prontuários médicos

Quando você faz uma consulta pelo Greater Portland Health, um registro da consulta fica documentado. Este registro pode conter informações dos seus sintomas, exames e resultados de exames, diagnósticos, tratamentos e um plano para futuros atendimentos/serviços. Essas informações, que são chamadas de prontuário médico, são parte essencial dos serviços/tratamentos médicos que oferecemos ao usuário. As informações servem como:

- Base para o planejamento do seu atendimento e tratamento.
- Meio de comunicação com os profissionais da área da saúde que colaboram com o seu atendimento.
- Documento legal que descreve o atendimento/serviços que você recebe.
- Verificação para os planos de saúde terceirizados (seguradoras) quanto aos serviços que foram oferecidos.

Seus direitos em relação às informações sobre a sua saúde

Embora o seu prontuário médico seja uma propriedade física do Greater Portland Health, as informações pertencem a você. De acordo com as Regras Federais de Privacidade, você tem os seguintes direitos:

- Receber avisos sobre o uso e a divulgação do seu prontuário médico, incluindo uma cópia impressa do aviso, se for solicitada.
- Solicitar restrições quanto ao uso e à divulgação das suas informações médicas, ou solicitar que as comunicações confidenciais sejam enviadas por meios alternativos.
- Verificar e obter uma cópia do seu prontuário.
- Solicitar a correção do seu prontuário médico.

Nossas responsabilidades

O Greater Portland Health tem a obrigação de:

- Manter a privacidade das suas informações médicas.
- Fornecer um aviso informando os deveres legais do Greater Portland Health e as práticas de privacidade com relação às suas informações médicas que coletamos e guardamos a seu respeito.
- Seguir os termos deste Aviso.
- Obter o seu consentimento antes de divulgar suas informações médicas.

O Greater Portland Health se reserva o direito de alterar e revisar suas respectivas práticas de privacidade para se manter em conformidade com as leis federais e estaduais. Se essa ação for necessária, os pacientes/clientes receberão um novo **Aviso das Práticas com as Informações Médicas** na consulta seguinte.

Divulgações permitidas sem consentimento para fins de prioridade nacional

O Greater Portland Health tem permissão para usar e divulgar suas informações médicas sem o seu consentimento nos seguintes casos:

- Exigido por lei estadual ou federal.
- Para autoridades, incluindo representantes da área da saúde do estado, a agência reguladora de alimentos e medicamentos (Food and Drug Administration), policiais, organizações responsáveis pela obtenção de órgãos, médicos legistas, em associação com indenizações trabalhistas, quando solicitado para certas funções especializadas do governo, incluindo situações militares e similares, e outras agências encarregadas pela prevenção ou controle de doenças.

Acordo para Atendimento Médico Organizado

O Greater Portland Health é membro da Parceria de Atendimento Comunitário de Maine (CCPM, Community Care Partnership of Maine), um “Acordo para Atendimento Médico Organizado” cuja missão é melhorar a saúde das comunidades que atende. Os membros da CCPM, em colaboração com as seguradoras, usam análises da saúde da população, revisão da utilização, avaliação da qualidade e atividades de aprimoramentos, como também outras estratégias baseadas em evidências, para melhorar o atendimento médico. Os membros têm responsabilidade mútua pela saúde de todos os pacientes atendidos pela CCPM. As entidades que formam



esse Acordo para Atendimento Médico Organizado incluem os seguintes centros médicos comunitários e hospitais: Cary Medical Center, DFD Russell Medical Center, Fish River Rural Health, Katahdin Valley Health Center, Mayo Regional Hospital, Millinocket Regional Hospital, Nasson Health Care, Pines Health Services, Penobscot Community Health Center, Greater Portland Health, Seabasticook Family Doctors e St. Joseph Healthcare. O Acordo para Atendimento Médico Organizado da CCPM permite que essas entidades amparadas distintas, incluindo o Greater Portland Health, compartilhem informações médicas protegidas entre elas, conforme necessário, para realizar tratamentos permitidos, pagamentos ou atividades de atendimento médico relacionadas com o trabalho desenvolvido pelo Acordo para Atendimento Médico Organizado, a menos que limitado de maneira contrária por lei, norma ou regulamento. A lista das entidades pode ser atualizada para incluir novas entidades no futuro. A lista mais atual pode ser acessada no site www.ccpmaine.org/members ou ligando para (207) 992-9200.

Para obter mais informações, solicitar informações ou denunciar um problema

Se tiver alguma dúvida, entre em contato com o Greater Portland Health, 180 Park Ave, Portland, ME 04102. (207) 874-2141. www.greaterportlandhealth.org. Se achar que os seus direitos à privacidade foram violados, você pode protocolar uma reclamação junto ao Oficial de Segurança e Privacidade (Privacy and Safety Officer) no endereço acima, ou junto à Secretaria de Saúde e Serviços Humanos (Secretary of Health and Human Services), Washington, D.C. Não haverá retaliação por protocolar uma reclamação.

Inscrição no Centro Médico Escolar do Greater Portland Health

Formulário de Autorização para Uso e Divulgação de Informações de Atendimento Médico

Ao assinar este formulário, eu confirmo e concordo com o seguinte a respeito da inscrição do meu filho no Centro Médico Escolar (SBHC, School Health Center) do Greater Portland Health (GPH) e com a divulgação dos registros médicos do meu filho e informações relacionadas:

- Eu recebi e li o Aviso das Práticas com as Informações Médicas do Centro Médico Escolar do GPH, que orienta sobre o uso e as divulgações que podem ser feitas das informações médicas contidas no prontuário médico do meu filho de acordo com as normas de confidencialidade da HIPAA.
- Eu autorizo o Centro Médico Escolar do GPH a acessar o prontuário médico escolar do meu filho, incluindo, entre outros, os registros físicos, comportamentais e de orientação, se houver algum, e quaisquer informações pertinentes para fins relacionados com tratamentos ou conforme exigido ou permitido por lei como determinado pelo Centro Médico do GPH.
- Eu autorizo o Centro Médico Escolar do GPH a fornecer para a escola (incluindo a enfermeira e as assistentes sociais) informações dos registros do Centro Médico Escolar do GPH, conforme necessário e apropriado para fins relacionados com tratamentos, ou conforme exigido ou permitido por lei como determinado pelo Greater Portland Health.
- Eu autorizo o Centro Médico Escolar do GPH a compartilhar as informações contidas nos prontuários do Centro Médico Escolar do GPH (incluindo os registros médicos escolares se estiverem incluídos nos registros do Centro Médico Escolar do GPH) com outros médicos e provedores de tratamentos, incluindo provedores de atendimento primário, dentistas e profissionais de saúde mental, para facilitar o atendimento médico oferecido ao meu filho.
- Eu autorizo o provedor de atendimento primário, o dentista e o profissional de saúde mental do meu filho (“Provedores Terceirizados”) a fornecer informações e registros médicos ao Centro Médico Escolar do GPH para facilitar o atendimento médico oferecido ao meu filho pelo Centro Médico Escolar do GPH. Eu entendo que um Provedor Terceirizado poderá pedir para eu assinar uma autorização à parte para permitir a divulgação dos registros pertinentes ao tratamento oferecido por Prestadores Terceirizados.
- Eu autorizo o Centro Médico Escolar do GPH a divulgar informações dos registros do Centro Médico Escolar do GPH, conforme necessário, para a cobrança de seguradoras ou outros planos de saúde.
- Eu entendo e concordo que: (i) Esta autorização tem validade de um ano a partir da data da assinatura, a menos que uma duração menor seja apresentada neste formulário; e (ii) Eu posso revogar esta autorização a qualquer momento enviando um aviso por escrito informando a retirada da autorização, salvo até onde o Centro Médico Escolar do GPH tenha dependido do consentimento original.

✍ Assinatura do pai/mãe/responsável: _____ Data: _____

Nome em letra de forma: _____ Relação/Parentesco: _____

Formulário de Inscrição no Centro Médico 2021-2022

****Preencher e devolver para a escola****

Nome da escola: _____	Série escolar: _____
Nome do aluno: _____ (Nome que consta no cartão do MaineCare, se houver)	Data de nascimento: ____/____/____ Sexo _____
Endereço: _____	Código Postal: _____ Sem moradia <input type="checkbox"/>
Telefone do pai/mãe/responsável: _____	Pode enviar mensagem? Sim/Não
E-mail para Telesaúde _____	

Seguradora _____ N° da apólice _____	Você tem seguro? Sim / Não Se você não tem seguro, um dos nossos orientadores de assistência financeira entrará em contato com você para <u>conversar sobre seguros</u> e as nossas opções de escala de preços.
N° do grupo _____ Endereço para enviar sinistros _____	
Nome do pai/mãe/fiador: _____ Telefone: _____	
Número de Identificação do MaineCare (termina com A) _____	

Informações sobre saúde: Médico principal/provedor de atendimento médico: _____ Meu filho fez exame médico nos últimos 2 anos: ___ Sim ___ Não ___ Não tenho certeza Meu filho precisará de vacinas este ano. ___ Sim ___ Não ___ Não tenho certeza O seu filho tem asma? Sim/Não Plano de asma descrito na escola? Sim/Não O seu filho tem diabetes? Sim/Não Plano de diabetes descrito na escola? Sim/Não Outros problemas físicos, odontológicos ou mentais? _____	Histórico de saúde pessoal/familiar – Assinale os problemas referentes a histórico de saúde familiar: <table border="0"> <tr> <td>___ Alergias</td> <td>___ Diabetes</td> </tr> <tr> <td>___ Disfunção imunológica</td> <td>___ Asma</td> </tr> <tr> <td>___ Doença cardíaca</td> <td>___ Doença mental</td> </tr> <tr> <td>___ Uso de álcool ou drogas</td> <td>___ Pressão arterial alta</td> </tr> <tr> <td>___ Colesterol alto</td> <td>___ Tuberculose</td> </tr> </table>	___ Alergias	___ Diabetes	___ Disfunção imunológica	___ Asma	___ Doença cardíaca	___ Doença mental	___ Uso de álcool ou drogas	___ Pressão arterial alta	___ Colesterol alto	___ Tuberculose
___ Alergias	___ Diabetes										
___ Disfunção imunológica	___ Asma										
___ Doença cardíaca	___ Doença mental										
___ Uso de álcool ou drogas	___ Pressão arterial alta										
___ Colesterol alto	___ Tuberculose										

Raça do aluno: _____ Branco _____ Preto, Africano, Afro-americano _____ De outra ilha do Pacífico _____ Asiático _____ Índigena da América do Sul/Central/América do Norte _____ Nativo do Havaí _____ Multirracial
Etnicidade do aluno: _____ Hispânico/Latino _____ Não hispânico/Latino

Total da renda doméstica anual: _____	Número total dos membros da família que moram na casa: _____
Nome do chefe da família: _____	Relação/parentesco com o aluno: _____

Ao assinar este formulário, eu confirmo e entendo que:

- Eu recebi e li a Carta para Pais do Centro Médico Escolar (SBHC, School-Based Health Center) do Greater Portland Health (“GPH”), que explica o que é o Centro Médico Escolar do GPH e quais serviços e benefícios o Programa pode oferecer ao meu filho.
- O Centro Médico Escolar do GPH é uma entidade à parte da escola e do consultório da enfermeira da escola. O Centro Médico Escolar do GPH oferece avaliações de atendimento primário e uma variedade de tratamentos médicos em uma instalação baseada na escola. Além disso, o Programa interage na comunicação com outros provedores da área da saúde que também podem estar envolvidos no atendimento do meu filho.
- Este Consentimento é válido pelo tempo em que o aluno estiver inscrito no sistema de escolas de Portland, no sistema de escolas de Westbrook ou no sistema de escolas de South Portland, ou até ele ser transferido para outra escola (ex., do Middle School para o High School). Quando o meu filho for transferido do Middle School para o High School, eu preciso inscrevê-lo novamente no Centro Médico Escolar do GPH se eu desejar que ele continue recebendo os serviços do Centro Médico Escolar do GPH.
- Eu preciso ler e assinar o Formulário de Autorização para Uso e Divulgação de Informações de Atendimento Médico associadas com a inscrição do meu filho no Centro Médico Escolar do GPH.

Eu li este formulário na íntegra e concordo em inscrever agora o meu filho no Centro Médico Escolar do GPH.

✉ Assinatura do pai/mãe/responsável: _____ Data: _____

Nome em letra de forma: _____ Relação/Parentesco: _____