

2021-2022

Prezado pai/mãe/responsável,

O Greater Portland Health, em parceria com as escolas públicas de Portland e de Westbrook, oferece tratamento odontológico nas escolas públicas de Portland e na Westbrook High School.

Preencha e assine o formulário de inscrição no programa odontológico em anexo e a Autorização para Divulgação de Informações para permitir que o seu filho tenha acesso aos serviços odontológicos na escola. **Observação: é obrigatório ter duas assinaturas; assine o formulário de inscrição e o formulário de autorização.**

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.

Serviços oferecidos

Limpezas, aplicação de flúor e selantes são serviços oferecidos por higienistas dentais em todas as escolas de Portland ou na Clínica Talbot (Riverton) ou na Portland High Clinic e na Westbrook High School.

Tratamentos

Tratamentos de acompanhamento são oferecidos pelo dentista do Programa de Saúde Oral Infantil (Children's Oral Health Program) ou supervisionados pelos alunos de Odontologia da UNE na clínica localizada na Portland High School. O tratamento pode incluir, entre outros, exames odontológicos, diagnósticos por raios-x, aplicação de flúor, obturações, coroas e extrações.

Neste pacote estão incluídos os seguintes documentos:

- Formulário de Inscrição no Programa Odontológico – *preencha, assine e devolva para a enfermeira da escola. Preencha o formulário mesmo se o seu filho tiver sido inscrito no ano passado, pois é necessário fornecer informações atualizadas.*
- Autorização para Divulgação de Informações – *assine e devolva.*
- Aviso de Privacidade do Greater Portland Health – no verso desta carta – *para você guardar em seus registros.*

Perguntas frequentes

Tem algum custo para os serviços odontológicos? Sim. Se o seu filho tiver seguro odontológico, incluindo o MaineCare, o seguro será cobrado. Para as crianças que não têm seguro odontológico, há uma tabela de preços em escala. **Os orientadores financeiros estão à disposição para ajudar a determinar se você se qualifica para o seguro e, caso não se qualificar, eles averiguarão as opções de pagamento e o custo dos serviços.**

Este programa é da escola? Não. O programa é oferecido nas escolas, mas administrado pelo Greater Portland Health. Crianças de 6 meses de idade até 21 anos podem se inscrever no programa.

Eu preciso inscrever o meu filho se ele já for um paciente cadastrado no Greater Portland Health? Sim. O formulário de inscrição nos concede permissão para consultar o seu filho sem a presença do pai/mãe/responsável.

Como eu devo proceder se o meu filho já frequenta a clínica? Preencha os formulários em anexo para atualizar o histórico médico, leia a Política de Privacidade e assine a Autorização para Divulgação de Informações.

Ligue para (207) 874-2141, **Opção 7**, para fazer um agendamento ou entre em contato com a Kathy Martin, Gerente de Programas do Programa Odontológico do Greater Portland Health pelo telefone (207) 874-2141, ramal 8401, ou pelo e-mail kmartin@greaterportlandhealth.org para obter mais informações.



O Greater Portland Health é um centro médico qualificado pelo governo federal cuja missão é oferecer atendimento médico de alta qualidade e centrado no paciente que seja acessível, barato e de acordo com a respectiva cultura do paciente. Para obter mais informações sobre o Greater Portland Health, ligue para (207) 874-2141 ou acesse o nosso site: <http://www.greaterportlandhealth.org/>

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 Programa Odontológico 2021-2022

Nome da criança _____ Data de nascimento ____/____/____ Sexo _____
(Nome que consta no cartão do MaineCare, se houver)

Endereço _____ Código Postal _____

Telefone do pai/mãe durante o dia _____ Pode enviar mensagem/texto? Sim/Não

Celular do estudante (para recados) _____ Pode enviar mensagem/texto? Sim/Não

E-mail _____ Nome da escola _____ Professor(a)/Série _____

Número de Identificação do MaineCare (termina com A) _____

Seguro odontológico particular: Seguradora _____ N° da apólice _____

N° do grupo _____ Endereço para enviar sinistros _____

Nome do titular da apólice _____ Data de nascimento do titular da apólice _____

_____ Sem seguro (assinale)

Nome do fiador (pessoa responsável pelas contas): _____ Data de nascimento: _____

Indique se o seu filho já teve algum dos seguintes problemas: Assinale todas as opções aplicáveis.

- | | | | |
|---|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> ADD/ADHD* | <input type="checkbox"/> Câncer/Tumores | <input type="checkbox"/> Doença cardíaca | <input type="checkbox"/> Tratamento psiquiátrico |
| <input type="checkbox"/> AIDS/HIV | <input type="checkbox"/> Paralisia cerebral | <input type="checkbox"/> Hepatite | <input type="checkbox"/> Infecção sexualmente transmitida |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Lábio/palato leporino | <input type="checkbox"/> Herpes | <input type="checkbox"/> Problemas de fala/audição |
| <input type="checkbox"/> Autismo/Síndrome de Asperger | <input type="checkbox"/> Doença cardíaca congênita | <input type="checkbox"/> Pressão arterial alta | <input type="checkbox"/> Problemas de estômago/gastrointestinais |
| <input type="checkbox"/> Defeitos de nascença | <input type="checkbox"/> Tipo de Diabetes | <input type="checkbox"/> Disfunção renal | <input type="checkbox"/> Tuberculose |
| <input type="checkbox"/> Disfunção no sangue | <input type="checkbox"/> Epilepsia/convulsões | <input type="checkbox"/> Disfunção no fígado | <input type="checkbox"/> Outro problema |

*Déficit de atenção/Déficit de atenção com hiperatividade

O seu filho tem alguma alergia? Explique: _____

Informe os medicamentos que o seu filho toma _____

O seu filho tem dor de dente? Sim Não O seu filho foi ao dentista no ano passado? Sim Não Se responder "sim", onde? _____

Idioma falado em casa _____

Raça da criança: _____ 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 da criança: _____ Hispânico/Latino _____ Não hispânico/latino

Número total dos membros da família que moram na casa: _____ Total da renda doméstica anual: _____

Nome do chefe da família: _____ Relação/parentesco com o aluno: _____

Consentimento para usar o Programa de Saúde Oral Infantil (Children's Oral Health Program) do Greater Portland Health e Autorização para Divulgação de Informações

Ao assinar este formulário, eu confirmo e entendo que:

- Eu recebi e li a Carta para Pais e Perguntas Mais Frequentes do Programa Odontológico Escolar do Greater Portland Health ("GPH"), que explica o que é o Programa Odontológico Escolar do GPH e quais serviços e benefícios o Programa pode oferecer ao meu filho.
- O Programa Odontológico Escolar do GPH é uma entidade à parte da escola e do consultório da enfermeira da escola. O Programa Odontológico Escolar do GPH oferece avaliações odontológicas e uma variedade de tratamentos para o cuidado da saúde bucal 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 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 Programa Odontológico Escolar se eu desejar que ele continue recebendo os serviços do Programa Odontológico 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 Programa Odontológico Escolar do GPH.

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

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

Nome em letra de forma: _____ Data de nascimento: ____-____-____ Relação/parentesco _____