

## Formulário de Inscrição no Programa Odontológico 2022-2023

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) _____	Sem seguro (assinale <input checked="" type="checkbox"/> )
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 _____	

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 \_\_\_\_\_