

Informação de Matrícula do Centro de Saúde Baseado na Escola

2019-2020

Prezado Pai / Guardião ,

Em parceria com as Escolas Públicas de Westbrook e o Centro Médico do Maine, a Greater Portland Health oferece serviços do Centro de Saúde Escolar em: Westbrook High School

Por favor, preencha o formulário de inscrição médica em anexo para permitir que seu filho tenha acesso aos serviços de saúde da escola em sua escola. **Se o seu filho já tem um prestador de cuidados primários regulares ou prestador de cuidados de saúde mental, ainda pode inscrevê-lo no Centro de Saúde Escolar da Greater Portland Health.** Nosso objetivo é que todas as crianças e seus pais estejam conectados com um lar médico de atenção primária. O Centro de Saúde Escolar da Greater Portland Health complementa os serviços do provedor regular de cuidados primários do seu filho e coordena os cuidados com eles conforme apropriado. Por favor, dirija-se ao site da Greater Portland Health (<http://www.greaterportlandhealth.org/>) para mais informações.

As reivindicações de seguro serão submetidas para serviços prestados conforme aplicável. Se um paciente não tiver seguro, a Greater Portland Health oferece uma escala de taxa variável.

<p>O Centro de Saúde Escolar da Greater Portland Health oferece:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Serviços de Saúde Médica Primária • Serviços de Saúde Comportamental • Serviços Psiquiátricos • Serviços de Saúde Bucal (inscrição separada) 	<p>Os 5 principais motivos para inscrever seu filho:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Equipe cordial e atenciosa 2. Agendamento prático e rápido (não é necessário transporte!) 3. Coordenação com o prestador de cuidados primários do seu filho 4. Qualidade e cuidado compassivo 5. Monitoramento fácil de condições crônicas
---	---

Neste pacote você encontrará:

- Formulário de inscrição médica - *preencha, assine e retorne ao centro de saúde da escola ou à enfermeira da escola. Por favor, preencha mesmo que seu filho tenha sido matriculado no ano passado, pois são necessárias informações atualizadas.*
- Aviso de privacidade da Greater Portland Health - no verso desta carta - *para você manter*
- Perguntas Frequentes (FAQ) sobre SBHCs - *para você manter*

Procure um formulário de inscrição dentária separado no pacote do primeiro dia do seu filho.

AVISO PRÉVIO DE PRÁTICAS DE INFORMAÇÃO DE SAÚDE

Este aviso descreve como as informações médicas sobre você podem ser usadas e divulgadas e como você pode obter acesso a essas informações, por favor, revise-as cuidadosamente.

Entendendo seu registro de saúde / informações

Quando você visita a Greater Portland Health, um registro da visita é documentado. Este registro pode conter seus sintomas, exames e resultados de exames, diagnóstico, tratamento e um plano para seus cuidados / serviços futuros. Esta informação chamada seu registro de saúde / médico é uma parte essencial dos serviços / cuidados de saúde que fornecemos a você. Ele serve como:

- Base para planejar seus cuidados e tratamento.
- Meios de comunicação com profissionais de saúde que contribuem para o seu atendimento.
- Documento legal que descreve os cuidados / serviços que você recebe.
- Verificação para os pagadores de terceiros (companhia de seguros) de que os serviços foram prestados.

Seus direitos em relação à sua informação de saúde

Embora o seu registro de saúde seja de propriedade física da Greater Portland Health, a informação pertence a você. Sob as Regras Federais de Privacidade, você tem o direito de:

- Receber aviso do uso e divulgação de sua saúde / prontuário, incluindo uma cópia em papel do aviso, se solicitado.
- Solicite restrições sobre o uso e divulgação de suas informações de saúde ou solicite que enviemos suas comunicações confidenciais por meios alternativos.
- Inspecione e obtenha uma cópia do seu registro.
- Solicite seu registro de saúde emendado.

Nossas Responsabilidades

Greater Portland Health é necessário para:

- Mantenha a privacidade de suas informações de saúde.
- Fornecer a você avisos sobre os deveres legais e práticas de privacidade da Greater Portland Health em relação às informações de saúde que coletamos e mantemos sobre você.
- Respeite os termos deste aviso
- Obtenha seu consentimento antes de divulgar suas informações médicas / de saúde.

A Greater Portland Health se reserva o direito de alterar e revisar suas práticas de privacidade para permanecer em conformidade com as leis federais e estaduais. Se isso for necessário, os pacientes / clientes receberão uma nova **Notificação de Práticas de Informações de Saúde** na próxima visita.

Divulgações Permitidas Sem Consentimento para Fins Prioritários Nacionais

A Greater Portland Health tem permissão para usar e divulgar suas informações de saúde sem o seu consentimento quando:

- Exigido por lei estadual ou federal.
- Para autoridades, incluindo oficiais médicos estaduais, a Food and Drug Administration, agências policiais, organizações de aquisição de órgãos, médicos legistas, em conexão com compensação de trabalhadores, quando solicitados para determinadas funções governamentais especializadas, incluindo situações militares e similares e outras agências encarregadas de prevenir ou controlar a doença.

Arranjo Organizado de Cuidados de Saúde

A Greater Portland Health é membro da Comunidade Care Partnership of Maine (“ CCPM ”), um “ Organized Health Care Arrangement ” focado em melhorar a saúde das comunidades que serve. Os membros da CCPM, em colaboração com as companhias de seguro, usam análise de saúde da população, revisão de utilização, avaliação de qualidade e atividades de melhoria, além de outras estratégias baseadas em evidências para melhorar sua saúde. Os membros são mutuamente responsáveis pela saúde de todos os pacientes atendidos pela CCPM. As entidades que compõem este Acordo Organizado de Cuidados de Saúde incluem os seguintes centros de saúde comunitários e hospitais: Cary Medical Center, DFD Russell Medical Center, Saúde Rural de Fish River, Centro de Saúde do Vale de Katahdin, Hospital Regional de Mayo, Hospital Regional de Millinocket, Nason Health Care , Pines Health Services, Centro de Saúde Comunitária de Penobscot, Greater Portland Health, Médicos de Família Sebecook e St. Joseph Healthcare. O Acordo de Assistência Médica Organizada daCCPM permite que essas entidades cobertas separadas, incluindo a Greater Portland Health, compartilhem PHI umas com as outras conforme necessário para realizar tratamento admissível, pagamento ou operações de assistência médica relacionadas ao trabalho do Acordo Organizado de Saúde, salvo limitado por lei, regra ou regulamento. A lista de entidades pode ser atualizada para se aplicar a novas entidades no futuro. Você pode acessar a lista mais atualizada em www.ccpmmaine.org/members ou ligar para 207-992-9200.

Para mais informações, para solicitar informações ou para relatar um problema

Se você tiver dúvidas, pode entrar em contato Greater Portland Health, 180 Park Avenue, Portland, ME 04102. (207) 874-2141. www.greaterportlandhealth.org . Se você acredita que seus direitos de privacidade foram violados, registre uma reclamação com o Diretor de Privacidade e Segurança no endereço acima ou com a Secretaria de Saúde e Serviços Humanos, Washington, DC Não haverá retaliação por registrar uma reclamação.

2020
Centro de Saúde Escolar
Formulário de inscrição
**** Por favor, preencha todos os campos e retorne à escola ****

Nome da criança _____ Data de nascimento
____ / ____ / ____

(O mesmo que no cartão MaineCare, se aplicável)

Gênero M F T

Endereço _____ CEP

_____ Homeless

Telefone para pais durante o dia _____ Msg. OK sim / não

Outro telefone _____ Msg. Ok sim / não

Célula do aluno (para lembretes de compromissos) _____ Msg. OK sim /
não Escola _____ Classe _____

Número de ID do MaineCare (termina em A)

_____ ID da Política # _____

Grupo # _____

Nome do segurado _____

Não segurado

Se você não tem seguro, um de nossos consultores de assistência financeira entrará em contato para discutir as opções de seguro e nossa escala de honorários.

Histórico de saúde

Médico Primário / Prestador de Cuidados de Saúde:

Meu filho fez um exame físico nos últimos dois anos. ___ sim ___ não ___ não sei

Meu filho vai precisar de imunizações este ano. ___ sim ___ não ___ não sei

Alergias:

O seu filho tem asma? sim / não Plano de asma escrita na escola? sim / não

O seu filho tem diabetes? Sim / não Plano de Diabetes Escrito na escola? Sim não

Outros problemas de saúde física, dentária ou mental: _____

Doenças passadas significativas, ferimentos ou hospitalizações:

Medicamentos atuais: _____

História da Saúde da Família - Por favor, verifique a história da família para qualquer uma das seguintes condições de saúde:

Alergias Diabetes Transtorno imune Asma Doença cardíaca
 Doença mental
 Abuso de álcool ou drogas Pressão alta Transtorno convulsivo
 Câncer
 Colesterol alto Tuberculose

Raça da Criança: Branco Negra, Africana, Africana Americana Outras
Ilhas do Pacífico Asiática Sul / Central / Norte-Americana Indiana, Alasca
Nativo Nativo Havaiano Multiracial

Renda Doméstica Total Anual: _____ Número total de membros da
família que vivem no domicílio: _____

Consentimento de Uso do Centro de Saúde da Greater Portland Health School e Autorização
para Liberação de Informações

Dou permissão para meu filho, _____, usar o
Centro de Saúde Escolar da Greater Portland Health, que pode incluir serviços médicos,
odontológicos ou de saúde mental. Eu também autorizo a SBHC a fazer uma avaliação de risco
do meu filho com a Avaliação Rápida para Serviços Preventivos para Adolescentes (RAAPS),
conforme julgar necessário ou apropriado (para mais informações, acesse raaps.org).

- Entendo que a minha assinatura indica que recebi e li a Carta dos Pais do Centro de Saúde Escolar da Greater Portland Health.
- Entendo que minha assinatura indica que recebi e li o Aviso de Privacidade do Centro de Saúde Baseado na Escola da Greater Portland Health.
- Autorizo a equipe do Centro de Saúde da Greater Portland Health a acessar o histórico de saúde escolar de meu filho e autorizar a equipe do Centro de Saúde da Greater Portland Health e a enfermeira da escola ou assistente social da escola a compartilhar informações e registros de saúde pertinentes quando for considerado apropriado para fins de tratamento.
- Autorizo o médico, o dentista e o profissional de saúde mental de meu filho a compartilhar informações e registros de saúde com o Centro de Saúde da Escola para apoiar os cuidados com meu filho, e dou permissão ao Centro de Saúde Escolar da Greater Portland Health para compartilhar informações e registros de saúde com o prestador de cuidados primários, dentistas e profissionais de saúde mental de meu filho, conforme apropriado, para facilitar os serviços de tratamento e a continuidade e coordenação dos cuidados.
- Autorização: Esta autorização é válida pelo período de tempo que o aluno está matriculado no Sistema Escolar de Portland ou até que ele seja transferido para outra escola (ou seja, do ensino médio para o ensino médio). Eu reconheço que quando meu aluno se transfere do ensino médio para o ensino médio, eu preciso reinscrevê-los no centro de saúde se eu quiser que eles continuem recebendo serviços no Centro de Saúde Escolar da Greater Portland Health. Entendo que posso revogar esta autorização a qualquer momento enviando uma notificação por escrito da retirada do meu consentimento. Reconheço que os registros de saúde, se recebidos pelo distrito escolar, podem não ser protegidos pela Lei HIPAA, mas se tornarão registros educacionais protegidos pela Lei de Privacidade e Direitos Educacionais da Família (FERPA). Li este formulário completamente e concordo em inscrever meu aluno no centro de saúde neste momento.

Assinatura dos Pais / Responsável: _____ Data: _____

Nome de impressão: _____

Relationship _____

PAIS: Por favor, ***preencher*** e ***assinar o verso*** deste formulário de inscrição para permitir que seu filho a usar Centro de Saúde Escola-Based 's Maior Portland Saúde. Para situações especiais, os alunos podem preencher e assinar o formulário de inscrição.

Consentimento de Uso do Centro de Saúde da Greater Portland Health School e Autorização para Liberação de Informações

Dou permissão para meu filho, _____, usar o Centro de Saúde Escolar da Greater Portland Health, que pode incluir o atendimento médico, odontológico ou de saúde mental. Eu também autorizo a SBHC a fazer uma avaliação de risco do meu filho com a Avaliação Rápida para Serviços Preventivos para Adolescentes (RAAPS), conforme julgar necessário ou apropriado (para mais informações, acesse raaps.org).

- Entendo que minha assinatura indica que recebi e li a Carta de Pais do Centro de Saúde Escolar da Greater Portland Health .
- Entendo que minha assinatura indica que recebi e li o Aviso de Privacidade do Centro de Saúde Escolar da Greater Portland Health .
- Autorizo a equipe do Centro de Saúde da Greater Portland Health a acessar o histórico de saúde escolar de meu filho e autorizar a equipe do Centro de Saúde da Greater Portland Health e a enfermeira da escola ou assistente social da escola a compartilhar informações e registros de saúde pertinentes quando for considerado apropriado para fins de tratamento.
- Autorizo o médico, o dentista e o profissional de saúde mental de meu filho a compartilhar informações e registros de saúde com o Centro de Saúde Escola para apoiar os cuidados com meu filho, e dou permissão ao Centro de Saúde Escolar da Greater Portland Health para compartilhar informações de saúde e registros com o provedor de atenção primária, dentista e profissional de saúde mental de meu filho, conforme apropriado, para facilitar os serviços de tratamento e a continuidade e coordenação dos cuidados.
- Autorização: Esta autorização é válida pelo período de tempo em que o aluno está matriculado no Sistema Escolar de

Westbrook ou até que ele seja transferido para outra escola (ou seja, do ensino médio para o ensino médio). Eu reconheço que quando meu aluno se transfere do ensino médio para o ensino médio, eu devo reinscrevê-los no centro de saúde se eu quiser que eles continuem recebendo serviços no Centro de Saúde Escolar da Greater Portland Health. Entendo que posso revogar esta autorização a qualquer momento enviando uma notificação por escrito da retirada do meu consentimento. Reconheço que os registros de saúde, se recebidos pelo distrito escolar, podem não ser protegidos pela Lei HIPAA, mas se tornarão registros educacionais protegidos pela Lei de Privacidade e Direitos Educacionais da Família (FERPA). Li este formulário completamente e concordo em inscrever meu aluno no centro de saúde neste momento.



Assinatura dos Pais / Responsável: _____ **Data:** _____

Nome de impressão:

Relationship _____