

2019-2020 Dental (Portuguese)

Formulário de inscrição no programa odontológico

Nome da criança _____

(O mesmo que no cartão MaineCare , se aplicável)

Data de Nascimento ____ / ____ / ____ Gênero M F T

Endereço _____ CEP _____

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

Outro telefone _____ Msg OK sim / n

Célula do aluno (para lembretes de compromissos) _____

Nome da escola _____ Professor / ano _____

Número de ID do MaineCare (termina em A) _____

Seguro odontológico privado: nome da empresa _____ ID da política # _____

Grupo # _____ Nome do segurado _____

Reivindicação Endereço no verso do cartão _____

Não segurado Se você não tem seguro, uma de nossas ajudas financeiras os conselheiros entrarão em contato para discutir o seguro e nossas opções de escala de taxa de deslocamento.

Seu filho tem dor de dente? Sim não

Seu filho viu um dentista no ano passado? Sim não Se sim onde? _____

Língua falada em casa _____

Seu filho já teve algum dos seguintes? Por favor tudo o que se aplica .

ADICIONAR / TDAH

Câncer / Tumores

Doença cardíaca

Atendimento psiquiátrico

AIDS / HIV

Paralisia cerebral

Hepatite

STI

Asma

Fissura Labial / Palato

Herpes

Problemas de fala / audição

Autismo / Asperger

Doença Cardíaca Congênita

Pressão alta

Problemas no estômago / gastrointestinal

Defeitos de nascença

Diabetes Type

Transtorno Renal

Tuberculose

Desordem sanguínea

Epilepsia / Convulsões

Transtorno hepático

Outro Seu filho tem alguma alergia? Explicar _____

Liste todos os medicamentos que seu filho tomar _____

Seu filho tem dor de dente? SIM NÃO

Seu filho viu um dentista no ano passado? SIM NÃO Se sim, onde? _____

Língua falada em casa _____

Raça Infantil: Asiáticos

Negros, Africanos, Afro-americanos

Multirraciais

Nativo Havaiano

Outras Ilhas do Pacífico

Indígena Sul / Central / Norte-Americana, Alaska Native

White

Etnia da criança: Hispânico / Latino Não Hispânico / Latino

Número total de membros da família que vivem no domicílio: _____

Renda Doméstica Total Anual: _____

Consentimento para Uso do Programa de Saúde Bucal Infantil da Greater Portland Health e Autorização para Liberação de Informações

Dou permissão para meu filho, _____, usar o Programa de Saúde Bucal Infantil da Greater Portland Health, que pode incluir procedimentos diagnósticos e tratamento, incluindo o uso de imagens de raios X e a aplicação de anestésico local para tratamento. Entendo que minha assinatura indica que recebi e li o Aviso de Privacidade da Greater Portland Health .

- Autorizo a equipe do Programa de Saúde Oral Infantil da Greater Portland Health a acessar o registro de saúde escolar de meu filho e autorizar a equipe do Programa de Saúde Oral Infantil 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 adequado para tratamento finalidades.
- Autorizo o médico, dentista e profissional de saúde mental de meu filho a compartilhar informações e registros de saúde com o Programa de Saúde Bucal Infantil da Greater Portland Health para dar assistência ao meu filho e dou permissão ao Programa de Saúde Oral Infantil da Greater Portland Health para compartilhar informações de saúde e registros com o prestador de cuidados primários, dentista e profissional de saúde mental do meu filho, conforme apropriado, para facilitar os serviços de tratamento e a continuidade e coordenação dos cuidados.
- Autorizo o pessoal de qualquer agência terceirizada que contrata serviços de saúde ou comportamentais para que meu filho compartilhe informações e registros de saúde com o Programa de Saúde Bucal Infantil da Greater Portland Health para apoiar os cuidados com meu filho.
- Eu ouço por autorizar o Programa de Saúde Oral Infantil da Greater Portland Health para liberar informações odontológicas e registros referentes ao tratamento para terceiros pagadores ou outros com o objetivo de receber pagamento por serviços.

Autorização: Esta autorização é válida pelo período de tempo em que o aluno está matriculado no Sistema Escolar de Portland ou até que ele seja transferido para outra escola (ou seja, do ensino fundamental ao ensino médio ou do ensino médio). Reconheço que, quando meu aluno se transfere do ensino fundamental para o ensino médio ou médio, eu devo reinscrevê-lo no programa de saúde bucal, se eu quiser que eles continuem recebendo serviços no Programa de Saúde Oral Infantil 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 odontológicos, 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). Eu li este formulário completamente e concordo em inscrever meu aluno no Programa de Saúde Oral Infantil da Grande Portland neste momento.



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

Nome de impressão : _____ Relação _____