

SCHOOL BASED HEALTH CENTER*"Healthy Kids Make Better Learners"*

Prezados Pais ou Responsáveis,

Como aluno da Henry Abbott Technical High School (NMS), seu filho pode aproveitar os serviços médicos e de saúde mental oferecidos durante o horário escolar, por meio do **School Based Health Center (SBHC)**. A SBHC é diferente da sala de enfermagem escolar ou da escola Orientação/serviço social. A equipe da SBHC, incluindo um Enfermeiro Clínico licenciado, Assistente Social Clínico Licenciado e Assistente Médico/de Escritório, presta cuidados como um médico particular ou um provedor de saúde mental faria. Nós não substituímos seu médico primário, mas nos esforçamos para manter os alunos saudáveis e ajudar a reduzir o número de dias de ausência de um aluno na escola, diagnosticando e tratando doenças precocemente. A matrícula na SBHC é oferecida e acessível a todos os alunos da Newtown Middle School, independentemente de sua capacidade de pagamento. Se o seu filho não estiver coberto pelo seguro de saúde, ligue para a Assistência Financeira e de Seguro em 203-448-2668, localizado em 132 Main St. Danbury, CT. ***Os pais/responsáveis não precisam perder tempo do trabalho para levar seus filhos a um provedor externo para a maioria dos serviços, uma vez que eles são prestados na SBHC.***

Serviços Médicos

- * Vacinas
- * Exames Físicos Completos
- * Testes em consultório para estreptococos, gripe, urina, glicose, Hemoglobina
- * Receitas enviadas para sua farmácia
- * Educação em asma, recargas de inaladores, escola formas de medicação
- * Educação em saúde para nutrição, exercícios, peso
- * Encaminhamentos sociais/comunitários/médicos
- * Diagnosticar e tratar doenças comuns, como infecções de ouvido, dores de cabeça, pneumonia, erupções cutâneas, dor de garganta, alergias

Terapia e Aconselhamento em Saúde Mental

- * Avaliação da saúde mental/individual, suporte a pais de grupo &
- * História ou bullying atual
- * Ansiedade/Depressão
- * Baixo desempenho acadêmico/dificuldades de aprendizagem
- * Mudança recente de outra cidade para Newtown
- * Relações pares/familiares
- * Problemas de comportamento
- * Exposição a trauma/perda
- * História ou automutilação atual e suicídio
Ideação

Para usufruir dos serviços da SBHC, preencha, assine e devolva o Formulário de Permissão/Histórico Médico de 2 lados anexado ao NMS SBHC. Você pode enviá-lo por e-mail para Clare em gelissenc@CIFC.org

Em caso de dúvidas sobre a SBHC, ligue para (203) 797-4460 x 12111

Obrigado – Equipe SBHC – * Clare gelissen, LMFT * Linnea Lang, APRN

Henry Abbott Technical High School SBHC, 21 Hayestown Ave. Danbury, CT 06811 (203) 797-4460



AVISO DE PRÁTICAS DE PRIVACIDADE

ESTE AVISO DESCREVE A MANEIRA COM QUE O CIFC HEALTH PODERÁ USAR E/OU DIVULGAR INFORMAÇÕES DE SAÚDE SOBRE VOCÊ. ALÉM DISSO, ESTE DOCUMENTO TAMBÉM EXPLICA COMO VOCÊ PODERÁ ACESSAR ESSAS INFORMAÇÕES E DESCREVE QUAIS SÃO AS NOSSAS RESPONSABILIDADES QUANTO À PROTEÇÃO DAS SUAS INFORMAÇÕES DE SAÚDE. LEIA-O COM ATENÇÃO.

SAÚDE SOBRE VOCÊ. ALÉM DISSO, ESTE DOCUMENTO TAMBÉM EXPLICA COMO VOCÊ PODERÁ ACESSAR ESSAS INFORMAÇÕES E DESCREVE QUAIS SÃO AS NOSSAS RESPONSABILIDADES QUANTO À PROTEÇÃO DAS SUAS INFORMAÇÕES DE SAÚDE. LEIA-O COM ATENÇÃO. Compromisso do CIFC Health quanto à sua privacidade

O CIFC Health toma todas as medidas necessárias para manter a privacidade das suas informações de saúde confidenciais (Protected Health Information – PHI). Ao prestarmos nossos serviços, são gerados registros de informações sobre você e sobre o tratamento e os serviços que lhe foram prestados. É nossa obrigação legal manter a confidencialidade das informações de saúde que identificam os pacientes. O CIFC Health também participa de algumas atividades e programas desenvolvidos para promover melhores condições de saúde em geral e possibilitar que aprimoremos nosso atendimento. Como parte desses esforços, fazemos uma triagem de alguns clientes para identificar se existem comportamentos e hábitos que possam prejudicar a saúde dessas pessoas, ou as colocar em risco. A própria equipe do CIFC Health e seus profissionais de saúde terceirizados poderão fazer diversas perguntas a você sobre seus hábitos e atividades diárias, como parte do processo de triagem do seu tratamento. Essas informações nos ajudarão no seu tratamento e nos permitirão fornecer as melhores opções para os demais serviços que você queira utilizar. As informações que você compartilhar com nossos médicos ou profissionais de saúde serão inseridas nos seus prontuários médicos.

Temos a obrigação legal de transmitir a você este aviso quanto aos nossos deveres jurídicos e às práticas de privacidade que seguimos na CIFC Health em relação às PHI. Conforme a legislação federal e estadual, devemos seguir os termos do Aviso de Privacidade em vigor no momento. Este Aviso entrará em vigor em 1º de agosto de 2013 e assim permanecerá até que seja alterado ou substituído pelo CIFC Health.

O CIFC Health se reserva o direito de alterar suas práticas de privacidade conforme permitido por lei. O CIFC Health fará alterações neste Aviso para refletir quaisquer mudanças ocorridas e disponibilizará um novo Aviso mediante solicitação. Quaisquer alterações feitas às nossas práticas de privacidade se aplicarão a todas as informações de saúde que tenhamos mantido, criado e/ou recebido antes da data de realização das alterações.

Você pode solicitar uma cópia do Aviso de Práticas de Privacidade do CIFC Health a qualquer momento, bastando para isso entrar em contato com nosso Diretor de Privacidade, Daniel Labrecque Esq., Advogado do CIFC/Diretor de conformidade e Diretor de Privacidade e Segurança em Saúde do CIFC. Telefone: 203-743-9760 x3403, 120 Main Street, 4th Floor, Danbury, CT 06810

O CIFC Health MANTERÁ A CONFIDENCIALIDADE DAS SUAS INFORMAÇÕES E AS USARÁ SOMENTE PARA OS FINS DESCRITOS ABAIXO. OS SEGUINTE USOS E DIVULGAÇÕES NÃO PRECISAM DA SUA AUTORIZAÇÃO.

Tratamento: embora estejamos fornecendo serviços de atendimento médico a você, poderemos compartilhar suas PHI, inclusive as informações de saúde confidenciais em formato eletrônico (ePHI), com outros prestadores de atendimento médico, parceiros de negócios e seus terceirizados, ou com as pessoas que estejam envolvidas no seu tratamento, cobrança, suporte administrativo e análise de dados. Tais parceiros de negócios e profissionais terceirizados são obrigados por legislação federal a proteger suas informações de saúde. Por exemplo, pode ser que peçamos exames laboratoriais a você (como hemograma ou urina) e possamos usar os respectivos resultados para nos ajudar na busca por um diagnóstico.

Podemos utilizar suas PHI para elaborar uma receita médica para você ou podemos divulgar tais informações a uma drogaria, quando solicitarmos alguma medicação para você. Temos padrões estabelecidos para fornecer "o mínimo de informações" ou "somente as informações necessárias", de modo a limitar o acesso de diversas pessoas às suas informações de saúde com base nas principais funções de trabalho dessas pessoas. Além disso, todos os nossos funcionários são obrigados a assinar uma declaração de confidencialidade.

Pagamento: podemos usar e divulgar suas PHI para obter o pagamento de serviços que tenhamos prestado a você. Por exemplo, podemos entrar em contato com sua seguradora para verificar se você tem direito aos benefícios (e a quais benefícios). Nesse sentido, poderemos fornecer à seguradora informações referentes ao seu tratamento, para conferir se a seguradora vai cobrir/pagar seus tratamentos. Essa divulgação envolve os funcionários do nosso escritório e pode incluir empresas de seguro, cobrança e demais terceiros que possam ser responsáveis por tais custos, como um membro da sua família.

Funcionamento operacional: podemos usar e divulgar suas PHI para fins operacionais do nosso negócio. Por exemplo, pode ocorrer de precisarmos usar suas PHI para avaliar a qualidade do atendimento que você recebeu, para avaliar a implementação dos nossos programas de conformidade e/ou para conduzir atividades de gestão de custos ou de planejamento dos negócios.

Abuso ou negligência: pode ocorrer de precisarmos divulgar suas PHI às autoridades adequadas, caso tenhamos motivos para crer que você possa ser vítima de abuso, negligência, violência doméstica ou outros crimes. Essas informações serão divulgadas somente na medida necessária para evitar uma ameaça grave à sua saúde ou segurança, ou às de outras pessoas.

Você tem o direito de fazer uma reclamação, caso acredite que não tenhamos agido de acordo com nossas Políticas de Privacidade. Sua reclamação deverá ser direcionada ao nosso Diretor de Privacidade, abaixo identificado. Se você acredita que tenhamos cometido uma violação dos seus direitos à privacidade, ou caso discorde de alguma decisão que tenhamos tomado quanto ao seu acesso às suas PHI, você tem o direito de nos enviar uma reclamação por escrito. Solicite o formulário de reclamação com o nosso Diretor de Privacidade. Respalamos seu direito à privacidade das informações, de modo que nenhum tipo de retaliação ocorrerá se você decidir fazer uma reclamação ou encaminhá-la ao Departamento Americano de Saúde e Serviços Humanos (HHS).

NOTA: Esta é uma versão abreviada do Aviso de Práticas de Privacidade da CIFC Health. O aviso completo lista: (1) maneiras adicionais pelas quais a CIFC Health pode usar suas informações de saúde; (2) situações em que sua autorização é necessária para liberação; e (3) seus direitos em relação ao PHI. O edital completo está disponível em todos os sites do CIFC Saúde. Para receber uma cópia do Aviso de Saúde de Práticas de Privacidade do CIFC completo e completo, entre em contato com a equipe do Centro de Saúde Escolar.

SBHC Rev. 5/2024



Connecticut Institute for Communities, Inc.

Formulário de Autorização de Centros de Saúde baseados na escola

Todas as informações na parte frontal e traseira deste formulário de autorização devem ser preenchidas, datadas e assinadas antes de o seu filho poder receber serviços dos Centros de Saúde Escolar. Se um aluno tiver 18 anos ou mais, pode assinar o seu próprio formulário de autorização. *Raça/* A informação de etnia é exigida pelo Estado e será utilizada apenas para fins estatísticos.

Nome do aluno (último, primeiro, do Meio)	Data de Nascimento (mês/dia/ano)	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Outros _____	Grau/Cluster
Endereço de rua (Rua, Cidade, Estado, Código Postal)		Telefone Residencial	
Por favor, <input type="checkbox"/> Broadview MS <input type="checkbox"/> Rogers Park MS <input type="checkbox"/> Danbury HS <input type="checkbox"/> Henry Abbott Tech HS verifique um		Número do celular do aluno	

Nome dos Pais/Responsáveis	Relação com o estudante	Data de Nascimento (mês/dia/ano)
Endereço pai/guardião, se diferente do aluno (Rua, Cidade, Estado, CEP)	Endereço de e-mail dos pais/responsáveis	
Telefone Residencial	Telefone Celular	Telefone do Trabalho

Nome dos Pais/Responsáveis	Relação com o estudante	Data de Nascimento (mês/dia/ano)
Endereço pai/guardião, se diferente do aluno (Rua, Cidade, Estado, CEP)	Endereço de e-mail dos pais/responsáveis	
Telefone Residencial	Telefone Celular	Telefone do Trabalho

Nome de contato de emergência	Relação com o estudante
Telefone Residencial	Telefone Celular
	Telefone do Trabalho

*Raça: (Por favor marque Uma) <input type="checkbox"/> Índio Americano /Alasca <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Americano Negro/Africano <input type="checkbox"/> Branco <input type="checkbox"/> Havaiano/Nativo/ Outro ilhéu do Pacífico <input type="checkbox"/> Mais de uma raça <input type="checkbox"/> Recusar-se a reportar	Em que país nasceu o estudante?
*Etnia: hispânico /Latino? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> Não Qual a língua(s) que o Aluno fala? (Marque todas que se aplicam) <input type="checkbox"/> Inglês <input type="checkbox"/> Espanhol <input type="checkbox"/> Português <input type="checkbox"/> Outros:	Tradutor necessário: <input type="checkbox"/> SIM or <input type="checkbox"/> Não
O Aluno participa do programa de almoço gratuito ou Preço reduzido? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> Não	Renda Familiar por Ano \$ # de membros da família

**Nome da farmácia:

Endereço:

Telefone #:

Dados Médicos	Dados Dentários ** Por favor, forneça uma cópia do cartão de seguro
Nome do Médico ou Clínica Médica: <i>Se não médico, escreva "NONE"</i>	Nome do Dentista: <i>Se Não Dentista, escreva "NONE"</i>
Endereço do Médico (Rua, Cidade, Estado, CEP)	Endereço do Dentista (Rua, Cidade, Estado, CEP)
Telefone do médico: _____	Telefone do dentista: _____
Data do último exame físico: _____	Data do último exame dental: _____

<p>O aluno possui MEDICAID/Husky: SIM ou NÃO Medicaid Pendente: SIM ou NÃO **Por favor, forneça uma cópia do cartão de seguro Se seu filho não tem seguro de saúde Por favor, ligue para 1-877-CT-HUSKY</p> <p>Medicaid #: _____</p> <p>Nome da aluno no Cartão: _____</p> <p><i>Se NÃO houver seguro, entre em contato com a SBHC para obter assistência de inscrição</i></p>	<p>O aluno tem Seguro Privado/Comercial: SIM or NÃO **Por favor, forneça uma cópia do cartão de seguro</p> <p>Nome da Companhia de Seguros: _____</p> <p>Nome do Segurado: _____</p> <p>Data de Nascimento do Segurado: _____</p> <p>Endereço do Segurado: _____</p> <p>Empregador do Segurado: _____</p> <p>Parentesco: _____</p> <p>Número do Seguro do Aluno: _____</p> <p>Número do Grupo: _____</p>
--	---

Broadview Middle School (203) 731-8274 Fax: (203) 731-8275
Danbury High School (203) 790-2886 Fax: (203) 797-4793

Rogers Park Middle School (203) 778-7479 Fax: (203) 778-7481
Henry Abbot Technical HS (203) 797-4460 Ext. 4936

***POR FAVOR RESPONDA A TODAS AS PERGUNTAS, ASSINE E ESCRIVA A DATA NA SUGUNDA PÁGINA.**

Formulário de História Médica SBHC (page 2)

Nome do aluno: _____

Data de Nascimento : _____

O aluno está tomando algum medicamento? SIM Não Se confirmar SIM, por favor, marque incluindo doses e com que frequência.
(Incluir inaladores de asma e EpiPens)

Histórico Médico:

***Verifique os quadrados que se aplicam e explique nas linhas abaixo:**

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Hospitalização ou Cirurgia | <input type="checkbox"/> Desmaio | <input type="checkbox"/> Concussões cerebral (quando) |
| <input type="checkbox"/> Alergias (comida, medicação, abelhas, etc.) | <input type="checkbox"/> Problemas com exercício/ correr | <input type="checkbox"/> História das Convulsões |
| <input type="checkbox"/> Alergias sazonais / ambientais | <input type="checkbox"/> Problemas de asma / respiração | <input type="checkbox"/> Dores de cabeça / Enxaquecas |
| <input type="checkbox"/> Ossos quebrados, Deslocamentos | <input type="checkbox"/> Desordens sanguíneas / Anemia / Célula Falciforme | <input type="checkbox"/> Diabetes/Tiroide/Endócrino |
| <input type="checkbox"/> Lesões musculares ou articulares | <input type="checkbox"/> Problemas de visão (Lentes de Contacto / Óculos) | <input type="checkbox"/> Problemas de peso ou alimentação |
| <input type="checkbox"/> Problemas no pescoço ou nas costas | <input type="checkbox"/> "Mono" | <input type="checkbox"/> Femininos: Problemas menstruais |
| <input type="checkbox"/> Defeitos cardíacos / Sopros Cardíaco | <input type="checkbox"/> Tuberculose ou Teste positivo da pele | <input type="checkbox"/> Problemas estomacais |
| <input type="checkbox"/> Pressão Arterial Alta / Colesterol | <input type="checkbox"/> Problemas de pele (Eczema, Psoríase) | <input type="checkbox"/> Problemas de audição |
| <input type="checkbox"/> Dor no peito durante ou após o exercício | <input type="checkbox"/> Problemas dentários (Dor / Sangramento) | <input type="checkbox"/> Outros problemas médicos |

O aluno/ aluna esta sobre os cuidados de um especialista médico SIM Não

O aluno/ aluna visitou um dentista no último ano? SIM Não O aluno/ aluna visitou o mesmo dentista por mais de um ano? SIM Não

História da Saúde Mental:

***Verifique os quadrados que se aplicam e explique nas linhas abaixo:**

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Distúrbio de disposição / Depressão | <input type="checkbox"/> Distúrbio de aprendizagem / ADD / ADHD / Espectro do Autismo |
| <input type="checkbox"/> Ansiedade / Pânico / TOC | <input type="checkbox"/> Perda / Divórcio / Deportação de membros familiares |
| <input type="checkbox"/> Fúria / Outros problemas de comportamento | <input type="checkbox"/> Uso de substâncias / Vaping |
| <input type="checkbox"/> Preocupações acadêmicas | <input type="checkbox"/> Dieta / Perda ou ganho peso significativo |
| <input type="checkbox"/> Cortar / Automutilação | <input type="checkbox"/> Outras preocupações |

História Familiar:

***Verifique os quadrados que se aplicam e explique nas linhas abaixo:**

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Membro de família com doença cardíaca | <input type="checkbox"/> Membro de família com doença mental (Exemplo: depressão) |
| <input type="checkbox"/> Membro de família com colesterol alto | <input type="checkbox"/> Membros de família com problemas de álcool/drogas |
| <input type="checkbox"/> Membro de família com diabetes | <input type="checkbox"/> Problemas médicos familiares não referidos acima |
| <input type="checkbox"/> Algum membro da família morreu de repente por causa de problemas cardíacos ou morte súbita antes dos 50 anos? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> Não | |

POR FAVOR Especifique QUAL MEMBRO FAMILIAR (Maternal / Paternal): _____

Este historial médico é o mais preciso dentro do meu melhor conhecimento. Eu entendo que sou obrigado a informar o Centro de Saúde Escolar se houver alguma mudança mental ou física do meu filho.

Li a informação relativa ao Centro de Saúde Escolar do CIFC Health e autorizo este aluno a obter todos os serviços oferecidos no Centro de Saúde Escolar enquanto estiver matriculado na escola. Sei que os serviços são confidenciais, exceto em situações de risco de vida ou serviços de emergência de acordo com a lei. Eu autorizo os Centros de Saúde Da Escola CEI E as Escolas Públicas de Danbury a trocarem informações apropriadas com as pessoas adequadas com o objetivo de prestar serviços de saúde, diagnóstico, tratamento e aconselhamento, bem como manter a segurança nas escolas.

Estas informações partilhadas podem incluir dados relativos com a saúde, com a escola e com a educação especial necessária para o tratamento e serviços das companhias de seguros para efeitos de pagamento. Eu autorizo que os pagamentos sejam feitos diretamente ao Centro de Saúde Escolar do CIFC Health pelos serviços prestados. A minha assinatura abaixo também serve como reconhecimento de que recebi a cópia do contrato de privacidade do CIFC Health de acordo com a lei federal. A menos que eu decida retirar o meu consentimento por escrito, esta autorização pelos serviços nos Centros de Saúde Baseados na Escola continuará durante todo o período de tempo que este aluno está matriculado nas Escolas Públicas de Danbury.

Sim Não Recebi o Aviso de Práticas de Privacidade da HIPAA

DATA: _____ ASSINATURA: _____ PARENTESCO: _____



CIFC Health

School Based Health Center (SBHC)

Health Kids Make Better Learners

Departamento de saúde comportamental infantil no CIFC Health

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Paciente: _____ Data de nascimento: _____

Eu, por meio deste documento, solicito e autorizo de maneira voluntária o Departamento de saúde comportamental infantil do CIFC Health a prestar os serviços psiquiátricos listados a seguir, conforme clinicamente apropriados, para a criança.

Entre os serviços, podem estar:

Terapia individual

Terapia familiar

Terapia de grupo

Avaliação psiquiátrica

Avaliação médica

Coordenação do atendimento/Facilitação do atendimento (como referências a programas comunitários, planos de saúde ou outros direitos à assistência, etc.)

Serviços telefônicos e de telessaúde: serviços de saúde comportamental virtual

O plano de tratamento individual descreve em termos específicos o tratamento para o qual o consentimento é fornecido e assinado pelo paciente/responsável.

Eu tenho conhecimento de que meu prestador está disponível para esclarecer quaisquer dúvidas que eu possa ter. Eu compreendo que tenho o direito de questionar ou recusar qualquer tratamento a qualquer momento.

Ao receber os serviços do Departamento de saúde comportamental infantil, um plano de tratamento será criado, definindo as metas de tratamento, os critérios de alta, frequência dos serviços, bem como das intervenções. Este será revisado comigo regularmente. Eu tenho ciência de que tenho o direito de solicitar uma revisão interna do meu plano de atendimento, tratamento ou serviços.

Assinatura do paciente

Data

Assinatura do paciente/Responsável

Data



School Based Health Center (SBHC)

Health Kids Make Better Learners

ACORDO ENTRE O PACIENTE AMBULATORIAL E O PACIENTE OU PAI OU MÃE/RESPONSÁVEL

Nome do paciente: _____ DATA DE NASCIMENTO: _____

Nome do pai ou mãe/responsável	
Endereço	
Telefone(s) de contato	

Pessoa que levará e buscará o paciente das consultas: _____

Marque aqui se for a mesma pessoa.)

O pai ou mãe/responsável compreende que deve aguardar no Departamento de Saúde Comportamental durante a consulta da criança.

Crianças no Centro de Saúde Escolar: Os médicos seguirão a política da Escola e do distrito escolar quando o serviço for concluído no local do SBHC.

Eu tenho conhecimento de que nenhum procedimento médico será realizado pela equipe de saúde comportamental. Caso haja a necessidade de alguma assistência médica, eu assumirei a responsabilidade por buscar o tratamento necessário. Em caso de emergência, uma ambulância será chamada ao local.

Eu tenho ciência de que nenhum medicamento será administrado pela equipe de saúde comportamental

Eu recebi uma cópia dos Direitos e Responsabilidades do paciente. Eu recebi a instrução de entrar em contato com o gerente do centro em caso de dúvidas.

Eu recebi uma cópia do Aviso de Práticas de Privacidade.

Eu compreendo que todos os funcionários devem realizar notificação compulsória de casos de suspeita de abuso e negligência infantil (conforme descrito nos estatutos de Connecticut; 17a-101;). Eu tenho ciência de que meu direito de confidencialidade pode ser revogado caso eu manifeste a intenção de me ferir, de ferir outra pessoa, de cometer um crime ou se eu estiver sofrendo maus-tratos por ser criança ou idoso(a) ou for considerado(a) absolutamente incapaz.

REVISE, ASSINE E INSIRA A DATA ATRÁS DESTA FOLHA



As informações serão divulgadas depois da assinatura do formulário de autorização de divulgação de informações. A assinatura de um formulário de autorização de divulgação de informações deve ser realizada por minha própria vontade. A autorização de divulgação expirará após um ano; no entanto, eu posso anular a autorização de divulgação a qualquer momento sem prejuízo.

Eu tenho conhecimento de que, para apresentar uma denúncia, eu devo formalizar minha denúncia por escrito com o Gerente do Centro de Saúde Comportamental ou com o funcionário encarregado do setor de privacidade. Um funcionário do Centro de Saúde Comportamental me fornecerá um formulário de denúncia quando solicitado. Eu compreendo que minha denúncia será investigada e que receberei uma resposta em 30 dias.

Eu tenho ciência de que sou responsável pelo pagamento da minha sessão a cada sessão. Eu compreendo que é minha responsabilidade cumprir com as condições de pagamentos acordadas por mim. Eu tenho conhecimento da taxa que será cobrada de mim a cada sessão.

Eu fui informado(a) sobre o horário de funcionamento da clínica de saúde comportamental no Greater Danbury Community Health Center. Eu também compreendo que, em caso de emergência, devo ligar para 911 ou ir até a emergência do hospital mais próximo.

Eu tenho conhecimento de que, ao chegar para minha consulta, eu devo me apresentar no balcão de atendimento e fazer o pagamento (se necessário) e, antes de ir embora, devo passar novamente no balcão de atendimento para marcar a próxima consulta.

Eu compreendo que, caso eu precise cancelar uma consulta fora do horário de expediente, eu devo deixar um recado com o serviço de atendimento pelo telefone 203 743 0100

Todas as informações anteriores foram revisadas comigo por um funcionário da clínica.

Assinatura do paciente
(com 5 anos ou mais devem assinar)

Data

Assinatura do pai ou mãe/responsável

Data

Representante do CIFIC Health

Data