



Información del Paciente	Apellidos		Nombre		Inicial del segundo nombre		Fecha de nac: mes/ día / año					
	Dirección del domicilio			# Unidad/Apt		Ciudad/Pueblo		Estado		Código Postal		
	Teléfono 1 (casa)		Contacto Principal? <input type="checkbox"/>		Teléfono 2 (celular):		Contacto Principal? <input type="checkbox"/>		Numero del estudiante		Contacto Principal? <input type="checkbox"/>	
Contactos	Teléfono 1 es Autorizado para mensajes CONFIDENCIALES:		Teléfono 2 es Autorizado para mensajes CONFIDENCIALES:		Numero del estudiante es Autorizado para mensajes CONFIDENCIALES:							
	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO							
	¿Como desea recibir mensajes y notificaciones? <input type="checkbox"/> Texto <input type="checkbox"/> Mensaje de Voz (Si es mensaje de voz seleccione: <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo)											
Seguro	<b>Contacto de Emergencia 1:</b>				Relación al paciente:				Teléfono 1: <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo			
	Nombre:											
	<b>Contacto de emergencia 1, CIFC Health puede:</b> (1) ¿Compartir su información médica? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO				(2) ¿Dejar un mensaje detallado con ellos? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO				Teléfono 2: <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo			
*Información Requerida	<b>Contacto de Emergencia 2:</b>				Relación al paciente:				Teléfono 1: <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo			
	Nombre:											
	<b>Contacto de emergencia 2, CIFC Health puede:</b> (1) ¿Compartir su información médica? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO				(2) ¿Dejar un mensaje detallado con ellos? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO				(3) ¿Contactar a esta persona en una emergencia? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			
¿Tiene Seguro Médico? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO				¿Le Podemos ayudar a aplicar a alguno de los siguientes?								
				<input type="checkbox"/> Husky/Medicaid <input type="checkbox"/> Seguro Médico – Access Health CT <input type="checkbox"/> Asistencia Financiera – Nuestro programa de descuento de tarifas.								
¿Cuál es su farmacia de preferencia?						¿Quién es su doctor primario?						
<b>Seguro primario:</b>		Nombre de la Compañía:				ID #		Grupo #				
<b>Info. del Miembro Principal :</b>												
Apellido			Primer Nombre			Fecha de nac. (mes/día/año)			Relación con el Paciente			
Dirección del domicilio			# Unidad/Apt		Ciudad/Pueblo		Estado		Código Postal			
<b>Seguro Secundario:</b>		Nombre de la Compañía:				ID #		Grupo #				
<b>Info. del Miembro Principal :</b>												
Apellido			Primer Nombre			Fecha de nac. (mes/día/año)			Relación con el Paciente			
Dirección del domicilio			# Unidad/Apt		Ciudad/Pueblo		Estado		Código Postal			
<b>Sexo asignado al nacer:</b>		<b>Orientación Sexual:</b>		<b>Estado Marital:</b>		<b>Estado Laboral:</b>		<b>Etnicidad</b> <i>Elija todas las que le aplica Hispano/Latino:</i>		<b>Otras Preguntas:</b> (requeridas)		
<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino  <b>Identidad de Género:</b> <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Transgénero (Femenino-A-Masculino) <input type="checkbox"/> Transgénero (Masculino-A-Femenino) <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Otro: _____ <input type="checkbox"/> Declino a responder		<input type="checkbox"/> Gay/ Lesbiana/ Homosexual <input type="checkbox"/> Heterosexual <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> No lo se <input type="checkbox"/> Declino a responder <input type="checkbox"/> Otro: _____  <b>Idioma de preferencia:</b> <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Portugués <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro: _____		<input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Separado(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Unión Libre(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a)		<input type="checkbox"/> Retirado(a) <input type="checkbox"/> Empleado(a)-Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Empleado(a)-Medio Tiempo <input type="checkbox"/> Empleado por cuenta propia <input type="checkbox"/> Desempleado(a) <input type="checkbox"/> Estudiante-Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Estudiante - Medio Tiempo		<input type="checkbox"/> SI, que país? _____ <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Declino a responder  <b>Raza</b> <i>Elija todas las que le aplica</i> <input type="checkbox"/> Asiático(a), ¿qué país? _____ <input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano <input type="checkbox"/> Isleño del Pacífico (cerca Asia) <input type="checkbox"/> Guameño(a) o Chamorro(a) <input type="checkbox"/> Samoano(a) <input type="checkbox"/> Negro/ Afro-Americano <input type="checkbox"/> Nativo Americano/Alaska <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Declino a responder		¿Quiere un intérprete? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO  ¿Es usted veterano? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO  ¿Se encuentra sin hogar? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
<b>Acces</b>		Correo Electrónico:				Este correo electrónico le da acceso a su información de salud, incluyendo citas & notas de sus visitas. Usted puede usar su cuenta segura en un navegador web o en nuestra aplicación móvil encriptada.						
Si usted NO DESEA TENER ACCESO a su información de salud por este medio, puede DECLINAR SU ACCESO marcando esta casilla: <input type="checkbox"/>												
<b>Ingreso</b>												
CIFC Health recibe becas Federales que nos requisitan preguntar la siguiente información.												
¿Cuántas personas hay en su familia? _____ Ingreso Familiar: \$ _____				<input type="checkbox"/> Semanal : ¿Cuántas semanas trabajas al año? _____ <input type="checkbox"/> Mensual : ¿Cuántos meses trabajas al año? _____ <input type="checkbox"/> Anual								

Firma del Paciente/Guardián: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

### Acuerdo Financiero & Asignación de Beneficios:

- Yo autorizo que se ingrese una solicitud de Pago a Medicare, Medicaid u otra compañía dispuesta a pagar por cualquiera de los servicios proporcionados a mí o mis hijos menores de 18 años de edad como están listados en la hoja de información demográfica en el presente, pasado y el futuro.
- Yo entiendo y estoy de acuerdo en que soy finalmente responsable por los balances pendientes tanto mío como de mis hijos menores de 18 años de edad listados en la hoja de información demográfica, por cualquier servicio profesional prestado y en algunos casos, también puedo ser responsable por pagar un monto adicional al ya pagado por mi seguro.
- Yo autorizo que el pago de mis beneficios médicos sea enviado directamente a CIFC Health o a sus proveedores individuales por servicios prestados a mí y a todos mis hijos menores de 18 años listados en la hoja de información demográfica. Si mi solicitud del Seguro fuera negada por falta de elegibilidad o terminación de plazo de cobertura, yo entiendo que será puesto como responsable de los pagos e intentare realizar los mismos correspondientes por cualquier monto pendiente en esas situaciones.
- Yo autorizo a CIFC Health a apelar requisiciones de pago negadas u otras decisiones adversas en mi nombre sin requerir autorizaciones posteriores. Yo autorizo y doy la indicación a cualquier institución o persona que tenga mi información médica o cualquier otro documento relevante sobre mí de liberar dicha información a CIFC Health y a sus agentes de cobranza, los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid, y/o a cualquiera dispuesto a pagar o a asegurarme, y a sus respectivos agentes y contratistas, a como sea necesario para determinar estos y otros beneficios pagables por cualquiera de los servicios prestados a mí por el CIFC Health, en el pasado, presente y el futuro.

**Persona responsable del pago:**  Paciente  Padres/ Guardián  Esposo/a  Otro:

Apellidos	Nombre	Inicial del segundo nombre	Teléfono	Fecha de nac: (mes/día/año)
Dirección del domicilio	Depto./Piso	Ciudad/Pueblo	Estado	Código Postal

**Firma del Paciente/Guardián:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

### Autorización de Tratamiento:

- Yo doy mi permiso explícito al personal de CIFC Health para proporcionarme tratamientos médicos, dentales, de salud mental y administración de vacunas.
- En situaciones de emergencia donde yo no puedo ser contactado, yo doy permiso a que mis dependientes menores de edad reciban tratamiento para la condición de la emergencia.

**Firma del Paciente/Guardián:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

### Registros de salud:

Yo doy mi permiso explícito a CIFC Health de obtener mi información de salud, incluyendo el uso de entidades de intercambio de información de salud electrónicos (HIEs), También que mi información de salud sea recibida de, y/o compartida con servicios externos de cuidados de salud profesionales de manera electrónica con el propósito de mi bienestar de salud.

**Firma del Paciente/Guardián:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

Si usted NO desea participar con Commonwell/Carequality usted puede DECLINAR marcando esta casilla:

CIFC Health puede obtener mis registros médicos: \_\_\_\_\_

**SI** - Formato de autorización adjunto.

**NO** - Yo no deseo liberar información médica presente y pasada a CIFC Health. **NOTA: La falta de información de registros médicos faltante, así como el de historial de salud del paciente incrementa los riesgos de complicaciones durante el tratamiento.**

Seleccione el SBHC en el que se inscribe el estudiante:

Henry Abbott Technical High School P: (203)731-8274 F: (203)731-8275

Grado/Cluster \_\_\_\_\_



Katherine M. Curran, Esq.  
Presidenta y Directora General

Dra. Jennifer Cohen, M.D.  
Directora Médica

Alan J. Clavette, CPA  
Presidente de la Junta  
Directiva

Marlene Moranino RN, MPA  
Directora de Programas

1 de julio de 2024

Saludos, padre/madre/tutor:

Como estudiante de Henry Abbott Technical High School, su hijo/a es elegible para recibir servicios médicos y de salud mental que se ofrecen durante el horario escolar a través de un **Centro de Salud Escolar (School Based Health Center, SBHC)** de CIFC Health en el centro.

El SBHC de CIFC Health es *diferente* de la enfermería escolar y de la oficina de orientación escolar/trabajo social, ya que dichos servicios son proporcionados por una entidad externa sin fines de lucro, CIFC Health. CIFC Health es un centro de salud calificado a nivel federal con sede en Danbury y cuenta con SBHC en toda la región. El centro de CIFC Health en Henry Abbott Tech, cuenta con un enfermero licenciado, un trabajador social clínico y un recepcionista, que están disponibles para atender a su hijo/a como lo haría un consultorio médico o de salud mental privado. El SBHC de CIFC Health puede servir como proveedor de atención primaria (primary care provider, PCP) para su hijo/a si no tiene un PCP o puede complementar el trabajo del médico de atención primaria de su hijo/a ofreciendo servicios presenciales en la escuela y diagnosticando y tratando enfermedades en sus etapas iniciales sin tener que salir de la escuela.

Los **servicios médicos** presenciales en el centro de salud incluyen:

Exámenes físicos completos, vacunas, diagnóstico y tratamiento de enfermedades comunes como infecciones de oído, dolores de cabeza, neumonía, erupciones cutáneas, faringitis estreptocócica, alergias, educación en salud sobre nutrición, ejercicio, peso, educación sobre el asma y recargas de inhaladores. Los proveedores pueden enviar recetas de medicamentos directamente a su farmacia.

Los **servicios de salud mental** incluyen:

Evaluación para terapia individual, grupal y/o familiar, ayuda con las relaciones entre compañeros/familiares, ansiedad/depresión, problemas de comportamiento, exposición a traumas/pérdidas, bajo rendimiento académico/problemas de aprendizaje, antecedentes de autolesiones o autolesiones actuales e ideación suicida, y transición a un nuevo hogar/ubicación escolar.

Para utilizar los servicios mencionados, el padre, madre o tutor debe completar, firmar y devolver al SBHC el **Formulario de autorización para centros de salud escolares** de 2 caras adjunto, y adjuntar una copia actual del anverso y reverso de la tarjeta de seguro de su hijo/a. Toda la información debe ingresarse por completo en el formulario o se le devolverá.

Somos un proveedor de servicios de salud sujeto a requisitos de cumplimiento legal y reglamentario, por lo tanto, se facturarán a todos los seguros todas las visitas médicas o de salud mental que cumplan los requisitos, y se enviarán a casa las facturas de los copagos y/o deducibles tras las futuras visitas programadas. Nuevamente, esto se debe a que somos como un consultorio médico regular que está ubicado, sin haber sido elegido específicamente con ese propósito, en la escuela de su hijo/a.

Si su hijo/a no está actualmente cubierto por un plan de seguro de salud, notifique al SBHC y se programará una cita con el Departamento de Asistencia Financiera y de Seguros de CIFC para obtener ayuda con la inscripción en el Programa de Seguro HUSKY de CT, o para ser colocado en un plan de pago con escala móvil de tarifas.

Si tiene alguna pregunta sobre el SBHC de CIFC Health, llame al 203-797-4460, ext. 12922. Los formularios de autorización de SBHC de CIFC Health completados se pueden enviar por fax a 203-797-2788.

En nombre del personal del SBHC de CIFC Health en Henry Abbott Technical High School, nos complace poder colaborar con la salud, felicidad y preparación para el aprendizaje de su hijo/a.

**ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO CIFC HEALTH PUEDE USAR O DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA, CÓMO PUEDE ACCEDER A ESTA INFORMACIÓN, SUS DERECHOS CON RESPECTO A SU INFORMACIÓN MÉDICA Y NUESTRAS RESPONSABILIDADES PARA PROTEGER SU INFORMACIÓN MÉDICA. REVÍSELO DETENIDAMENTE.**

**Compromiso de CIFC Health con su privacidad**

CIFC Health se compromete a mantener la privacidad de su información médica protegida (Protected Health Information, PHI). Al llevar a cabo nuestras actividades, crearemos registros sobre usted y el tratamiento y los servicios que le proporcionamos. La ley nos exige que mantengamos la confidencialidad de la información médica que lo identifique. CIFC Health también participa en una serie de actividades y programas diseñados para promover una mejor salud general y permitirnos brindarle un mejor servicio. Parte de estos esfuerzos incluye evaluar los comportamientos o hábitos de algunos consumidores que pueden hacerlos menos saludables o ponerlos en riesgo. El personal de CIFC Health y sus educadores de salud contratados pueden hacerle varias preguntas sobre sus hábitos y actividades cotidianas como parte de la evaluación informativa de admisión para su tratamiento. Esto nos ayudará a brindarle tratamiento, así como las mejores opciones para obtener otros servicios que pueda desear utilizar. La información que comparta con nuestros médicos o educadores de salud formará parte de su expediente.

La ley nos exige que le proporcionemos este Aviso sobre nuestras obligaciones legales y las prácticas de privacidad de CIFC Health en relación con su PHI. De acuerdo con las leyes federales y estatales, debemos cumplir con los términos del Aviso de privacidad vigente. Este Aviso entrará en vigor el 1 de agosto de 2013 y permanecerá en vigor hasta que CIFC Health lo modifique o reemplace. CIFC Health se reserva el derecho de modificar sus prácticas de privacidad según lo permita la ley. CIFC Health modificará este Aviso para reflejar cualquier cambio y pondrá a su disposición todo nuevo Aviso, si así lo solicita. Cualquier cambio a nuestras prácticas de privacidad se aplicará a toda la información médica que mantengamos, creemos o recibamos antes de la fecha en que se realizaran los cambios.

***Puede pedirle una copia del Aviso de prácticas de privacidad de CIFC Health en cualquier momento a nuestro funcionario de privacidad, Daniel Labrecque, Esq. Abogado/oficial de cumplimiento de CIFC y funcionario de privacidad y seguridad de CIFC Health Teléfono: 203-743-9760, ext. 3403, 120 Main Street, 4th Floor, Danbury, CT 06810***

**CIFC Health MANTENDRÁ LA CONFIDENCIALIDAD DE SU INFORMACIÓN MÉDICA Y LA UTILIZARÁ ÚNICAMENTE PARA LOS FINES QUE SE DESCRIBEN A CONTINUACIÓN. TENGA EN CUENTA QUE LOS SIGUIENTES USOS Y DIVULGACIONES NO REQUIEREN SU AUTORIZACIÓN.**

**Tratamiento:** mientras le proporcionamos servicios de atención médica, podemos compartir su información médica protegida (PHI), incluida la información médica protegida electrónica (ePHI), con otros proveedores de atención médica, socios comerciales y sus subcontratistas o personas que participen en su tratamiento, facturación, apoyo administrativo o análisis de datos. Estos socios comerciales y subcontratistas están obligados por la ley federal a proteger su información médica. Por ejemplo, podemos pedirle que se le realicen análisis de laboratorio, como de sangre u orina, y podemos usar los resultados para ayudarnos a llegar a un diagnóstico. Podemos usar su PHI para escribirle una receta, o podemos divulgar su PHI a una farmacia cuando le pidamos un medicamento recetado. Hemos establecido estándares "mínimos necesarios" o de "necesidad de saber" que limitan el acceso de varios miembros del personal a su información médica de acuerdo con sus funciones laborales primarias. Además, todos los miembros de nuestro personal deben firmar una declaración de confidencialidad.

**Pago:** podemos usar y divulgar su PHI para solicitar el pago por los servicios que le proporcionemos. Por ejemplo, podemos comunicarnos con su aseguradora de salud para certificar que cumple los requisitos para recibir los beneficios, y podemos proporcionarle a su aseguradora detalles sobre su tratamiento para determinar si su aseguradora cubrirá o pagará por los tratamientos. Esta divulgación incluye al personal de nuestra oficina comercial y puede incluir organizaciones de seguros, cobranzas u otros terceros que puedan ser responsables de dichos costos, como los miembros de la familia.

**Operaciones para la atención médica:** podemos usar y divulgar su PHI para nuestras operaciones comerciales. Por ejemplo, podemos usar su PHI para evaluar la calidad de la atención que recibió de nosotros, para evaluar la implementación de nuestros programas de cumplimiento o para llevar a cabo actividades de gestión de costos o planificación comercial.

**Abuso o negligencia:** podemos divulgar su PHI a las autoridades correspondientes si consideramos, razonablemente, que usted es una posible víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica o es una posible víctima de otros delitos. Esta información se divulgará solo en la medida en que sea necesaria para evitar una amenaza grave a su salud o seguridad o la de los demás.

Tiene derecho a presentar una queja si considera que no hemos cumplido con nuestras Políticas de privacidad. Debe dirigir la queja a nuestro funcionario de privacidad, cuya información de contacto se incluye a continuación. Si considera que hemos infringido sus derechos de privacidad, o si no está de acuerdo con una decisión que hayamos tomado con respecto al acceso a su información médica, puede presentar una queja ante nosotros por escrito. Puede pedirle un formulario de queja a nuestro funcionario de privacidad. Apoyamos su derecho a la privacidad de la información y no tomaremos ningún tipo de represalia si decide presentar una queja ante nosotros o ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU.

**NOTA:** Esta es una versión abreviada del Aviso de Prácticas de Privacidad de CIFC Health. El aviso completo enumera: (1) formas adicionales en que CIFC Health puede usar su información de salud; (2) situaciones en las que se requiere su autorización para la liberación; y (3) sus derechos con respecto a la PHI. Un aviso completo está disponible en todos los sitios de CIFC Health. Para recibir una copia completa del Aviso de Prácticas de Privacidad de CIFC Health, comuníquese con el personal del Centro de Salud Escolar.

## Formulario de Permiso e Historia Medica del SBHC

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

- 1) ¿Está el estudiante bajo el cuidado de cualquier médico especialista (explicar)?  
 Si  No
- 2) ¿El estudiante ha visto un dentista en el último año?  
 Si  No
- 3) ¿El estudiante ha visto al mismo dentista durante más de un año?  Si  No
- 4) ¿Está el estudiante tomando algún medicamento?  Si  No  
 En caso afirmativo, indique los medicamentos y dosis Y la frecuencia.  
 (incluya inhaladores para el asma y EpiPens) \_\_\_\_\_
- 5) ¿El estudiante tiene alergias? (alimentos, medicamentos, abejas, etc).  
 Si  No En caso afirmativo, especifique: \_\_\_\_\_

### Historial Médico:

\*Marque todas las casillas que correspondan y explique en las siguientes líneas:

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Hospitalización o Cirugía                         | <input type="checkbox"/> Desmayo o perder el Conocimiento                       | <input type="checkbox"/> Conmoción cerebral (¿Cuándo?)   |
| <input type="checkbox"/> Alergias estacionales / ambientales               | <input type="checkbox"/> Problemas de carrera / ejercicio                       | <input type="checkbox"/> Antecedentes de Convulsiones    |
| <input type="checkbox"/> Huesos rotos, Dislocaciones                       | <input type="checkbox"/> Asma / Problemas de respiración                        | <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza / Migrañas    |
| <input type="checkbox"/> Lesiones Musculares o Articulaciones              | <input type="checkbox"/> Trastornos de la s<br>anemia de la célula gre/ anemia, | <input type="checkbox"/> Diabetes / Tiroides / Endocrino |
| <input type="checkbox"/> Lesiones en el Cuello o Espalda                   | <input type="checkbox"/> Problemas de visión (contactos/anteojos)               | <input type="checkbox"/> problemas de Peso o Comer       |
| <input type="checkbox"/> Defectos del corazón/ Soplos Cardiacos            | <input type="checkbox"/> "Mono"   | <input type="checkbox"/> Mujeres: Problemas Menstruales  |
| <input type="checkbox"/> Hipertensión Arterial / Colesterol                | <input type="checkbox"/> Prueba de la Tuberculosis o Contagio                   | <input type="checkbox"/> Problemas estomacales           |
| <input type="checkbox"/> Dolor en el pecho durante o después del ejercicio | <input type="checkbox"/> Problemas de la piel (eccema, soriasis)                | <input type="checkbox"/> problemas escuchando            |
|  | <input type="checkbox"/> Problemas dentales (dolor / sangrado)                  | <input type="checkbox"/> Cualquier otro problema médico  |

### Historial de la Salud Mental:

\*Marque todas las casillas que correspondan y explique en las siguientes líneas:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Trastorno del Estado de ánimo / Depresión | <input type="checkbox"/> Desorden de aprendizaje/ ADD / ADHD / Autismo Espectro autista  |
| <input type="checkbox"/> Ansiedad / Pánico / TOC                   | <input type="checkbox"/> Pérdida Familiar/ Divorcio / Deportación de familiares          |
| <input type="checkbox"/> Iras / Otros problemas de comportamiento  | <input type="checkbox"/> Uso de sustancias / Vapeo                                       |
| <input type="checkbox"/> Preocupaciones académicas                 | <input type="checkbox"/> Trastorno alimentario / Pérdida o aumento de peso significativo |
| <input type="checkbox"/> Cortes / Automutilación                   | <input type="checkbox"/> Otras preocupaciones no listadas                                |

### Historial Familiar: \*Marque todas las casillas que correspondan y explique en las siguientes líneas:

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Miembros de la familia con enfermedades del Corazón | <input type="checkbox"/> Miembros de la familia con diabetes                      | <input type="checkbox"/> Miembros de la familia con problemas de alcohol/drogas |
| <input type="checkbox"/> Miembros de la familia con colesterol alto          | <input type="checkbox"/> Miembros de la familia con enfermedad mental (Depresión) | <input type="checkbox"/> Otros problemas aparte que no son mencionados arriba   |
- 6) ¿Ha fallecido algún familiar repentino por problemas cardíacos o muerte súbita antes de los 50 años?  Si  No  
 Por favor especifique De qué lado de la familia (Materno / Paterno): \_\_\_\_\_

Si usted desea hablar con uno de los miembros del personal del Centro de Salud Escolar en relación con las preocupaciones que usted pueda tener acerca de su hijo/a, o si tiene otras preguntas generales al SBHC, por favor llame durante el horario escolar salud mental o física de mi hijo/a.

Entiendo que los servicios serán confidenciales, excepto en situación que amenaza la vida o los servicios de emergencia y de acuerdo a la ley. Yo doy permiso a los Centros de Salud Escolares de CIFIC Health SBHC y Henry Abbott Technical High School para intercambiar la información pertinente a las personas adecuadas con el objeto de proporcionar la asistencia sanitaria, diagnósticos, tratamientos y los servicios de asesoramiento, así como el mantenimiento de la seguridad en las escuelas. Esta información compartida pueda que incluya la salud, académicos y los datos de educación especial necesarios para el tratamiento / servicios a los proveedores de seguros con nombre para fines de facturación.

Recibí el Aviso de prácticas de privacidad de HIPAA  Si  No

Fecha: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_ Relación con el estudiante: \_\_\_\_\_



120 Main St., Danbury, CT

### 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

Connecticut Institute for Communities



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