



Sra. Katherine M. Curran, Esq.
Presidente e Chief Executive Officer

Alan J. Clavette, CPA
Diretor-presidente

Dra. Jennifer Cohen, M.D.
Diretora médica

Marlene Moranino RN, MPA
Chief Program Officer
(Diretora do Programa)

1º de julho de 2024

Saudações, pais/responsáveis:

Como estudante do Henry Abbott Technical High School, seu(ua) filho(a) está qualificado(a) para receber serviços médicos e de saúde mental oferecidos durante o horário escolar por meio do CIFC Health Centro de Saúde Escolar (SBHC).

O CIFC Health SBHC é diferente da enfermaria e do gabinete de orientação/trabalho social da escola, pois é administrado por uma entidade externa sem fins lucrativos, o CIFC Health. O CIFC Health é um centro de saúde qualificado pelo governo federal com sede em Danbury e possui SBHCs em toda a região. O centro do CIFC Health em Henry Abbott Tech conta com uma enfermeira clínica licenciada e terapeuta matrimonial e familiar. Eles estão disponíveis para prestar atendimento ao seu filho da mesma forma que um médico particular ou um consultório de saúde mental. O CIFC Health SBHC pode servir como um prestador de cuidados primários (PCP) para seu filho se ele não tiver um PCP ou pode complementar o trabalho do médico de cuidados primários ao oferecer os serviços no local da escola, ao diagnosticar e ao tratar doenças precocemente sem precisar sair da escola.

Os serviços médicos no local incluem:

Exames físicos completos, vacinas, diagnóstico e tratamento de doenças comuns, como infecções de ouvido, dores de cabeça, pneumonia, erupções cutâneas, faringite estreptocócica, alergias, educação para uma nutrição saudável, exercícios, controle de peso, educação para o controle da asma e recargas de inaladores. Os profissionais de saúde podem enviar prescrições de medicamentos diretamente para sua farmácia.

Os serviços de saúde mental incluem:

Avaliação para terapia individual, em grupo e/ou familiar, assistência para aprender a lidar com os relacionamentos entre colegas/familiares, ansiedade/depressão, problemas de comportamento, exposição a traumas/perdas, baixo desempenho acadêmico/dificuldades de aprendizagem, histórico ou pensamento suicida ou autoflagelação e transição para um novo local de residência/escola.

Para fazer uso dos serviços acima, os pais/responsáveis devem preencher, assinar e devolver para o SBHC o **Formulário de Permissão do Centro de Saúde Escolar** em anexo, em frente e verso, e anexar uma cópia atualizada da frente e verso do cartão de seguro do seu filho. Todas as informações devem ser completamente preenchidas no formulário ou ele será devolvido.

Como somos um prestador de serviços de saúde sujeito aos requisitos de conformidade legal e regulatória, todos os seguros serão cobrados por todas as consultas médicas ou de saúde mental qualificadas, e as faturas de coparticipações e/ou franquias serão enviadas para casa após as próximas consultas agendadas. Frisamos novamente que isso se deve ao fato de atuarmos como um consultório médico comum que, por acaso, está localizado na escola de seu filho.

Se seu filho não estiver recebendo atualmente a cobertura de plano de saúde, notifique o SBHC para que seja marcada uma consulta com o CIFC Financial & Insurance Assistance a fim de obter assistência com a inscrição no CT HUSKY Insurance Program ou para que seja feito o encaixe em um plano de pagamento com escala flexível.

Se tiver alguma dúvida sobre o CIFC Health SBHC, entre em contato pelo número 203-797-4460, ext. 12922. Os formulários de permissão do CIFC Health SBHC preenchidos podem ser enviados via fax para 203-797-2788.

Em nome da equipe do CIFC Health SBHC Henry Abbott Technical High School, estamos prontos para ajudar a manter seu filho saudável, feliz e livre para aprender!

ESTE AVISO DESCREVE A MANEIRA COM QUE O CIFIC 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 CIFIC Health quanto à sua privacidade

O CIFIC 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 CIFIC 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 CIFIC 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 CIFIC 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 CIFIC Health. O CIFIC Health se reserva o direito de alterar suas práticas de privacidade conforme permitido por lei. O CIFIC 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 CIFIC Health a qualquer momento, bastando para isso entrar em contato com nosso Diretor de Privacidade, Daniel Labrecque Esq., Advogado do CIFIC/Diretor de conformidade e Diretor de Privacidade e Segurança em Saúde do CIFIC. Telefone: 203-743-9760 x3403, 120 Main Street, 4th Floor, Danbury, CT 06810

O CIFIC 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.

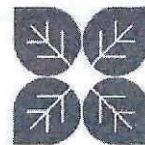
Abuso ou negligência: pode ocorrer de precisarmos divulgar suas PHI às autoridades adequadas, caso tenhamos motivos para crer que você possa ser vítima de abuso, negligência, violência doméstica ou outros crimes. Essas informações serão divulgadas somente na medida necessária para evitar uma ameaça grave 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 CIFIC Health. O aviso completo lista: (1) maneiras adicionais pelas quais a CIFIC 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 CIFIC Saúde. Para receber uma cópia do Aviso de Saúde de Práticas de Privacidade do CIFIC completo e completo, entre em contato com a equipe do Centro de Saúde Escolar.

SBHC Rev. 5/2024

Aprovado, Conselho Administrativo do CIFIC: 24 de julho de 2013. Revisado em 25 de janeiro de 2017.



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
Contactos	Teléfono 1 (casa)		Contacto Principal? ☐		Teléfono 2 (celular):		Contacto Principal? ☐	
							Numero del estudiante	
							Contacto Principal? ☐	
Seguro	Teléfono 1 es Autorizado para mensajes CONFIDENCIALES: ☐ SI ☐ NO		Teléfono 2 es Autorizado para mensajes CONFIDENCIALES: ☐ SI ☐ NO		Numero del estudiante es Autorizado para mensajes CONFIDENCIALES: ☐ SI ☐ NO			
	¿Como desea recibir mensajes y notificaciones? ☐ Texto ☐ Mensaje de Voz (Si es mensaje de voz seleccione: ☐ Casa ☐ Celular ☐ Trabajo)							
*Información Requerida	Contacto de Emergencia 1:				Relación al paciente:		Teléfono 1: ☐ Casa ☐ Celular ☐ Trabajo	
	Nombre:							
	Contacto de emergencia 1, CIFC Health puede: (1) ¿Compartir su información médica? ☐ SI ☐ NO (2) ¿Dejar un mensaje detallado con ellos? ☐ SI ☐ NO (3) ¿Contactar a esta persona en una emergencia? ☐ SI ☐ NO						Teléfono 2: ☐ Casa ☐ Celular ☐ Trabajo	
Acces	Contacto de Emergencia 2:				Relación al paciente:		Teléfono 1: ☐ Casa ☐ Celular ☐ Trabajo	
	Nombre:							
	Contacto de emergencia 2, CIFC Health puede: (1) ¿Compartir su información médica? ☐ SI ☐ NO (2) ¿Dejar un mensaje detallado con ellos? ☐ SI ☐ NO (3) ¿Contactar a esta persona en una emergencia? ☐ SI ☐ NO						Teléfono 2: ☐ Casa ☐ Celular ☐ Trabajo	
Ingreso	¿Tiene Seguro Médico? ☐ SI ☐ NO		¿Le Podemos ayudar a aplicar a alguno de los siguientes?					
			☐ Husky/Medicaid ☐ Seguro Médico – Access Health CT ☐ Asistencia Financiera – Nuestro programa de descuento de tarifas.					
	¿Cuál es su farmacia de preferencia?				¿Quién es su doctor primario?			
Seguro	Seguro primario:		Nombre de la Compañía:		ID #		Grupo #	
	Info. del Miembro Principal :							
	Apellido		Primer Nombre		Fecha de nac. (mes/día/año)		Relación con el Paciente	
Ingreso	Dirección del domicilio		# Unidad/Apt		Ciudad/Pueblo		Estado	
							Código Postal	
Seguro	Seguro Secundario:		Nombre de la Compañía:		ID #		Grupo #	
	Info. del Miembro Principal :							
	Apellido		Primer Nombre		Fecha de nac. (mes/día/año)		Relación con el Paciente	
Ingreso	Dirección del domicilio		# Unidad/Apt		Ciudad/Pueblo		Estado	
							Código Postal	
*Información Requerida	Sexo asignado al nacer:		Estado Marital:		Estado Laboral:		Etnicidad Elija todas las que le aplica Hispano/Latino:	
	☐ Masculino ☐ Femenino		☐ Soltero(a) ☐ Separado(a) ☐ Divorciado(a) ☐ Casado(a) ☐ Unión Libre(a) ☐ Viudo(a)		☐ Retirado(a) ☐ Empleado(a)-Tiempo Completo ☐ Empleado(a)-Medio Tiempo ☐ Empleado por cuenta propia ☐ Desempleado(a) ☐ Estudiante-Tiempo Completo ☐ Estudiante - Medio Tiempo		☐ SI, que país? _____ ☐ No ☐ Declino a responder Raza Elija todas las que le aplica ☐ Asiático(a) ¿qué país? _____ ☐ Nativo Hawaiano ☐ Isleño del Pacífico (cerca Asia) ☐ Guameño(a) o Chamorro(a) ☐ Samoano(a) ☐ Negro/Afro-Americano ☐ Nativo Americano/Alaska ☐ Blanco ☐ Declino a responder	
			Idioma de preferencia: ☐ Inglés ☐ Portugués ☐ Español ☐ Otro: _____				Otras Preguntas: (requeridas) ¿Quiere un intérprete? ☐ SI ☐ NO ¿Es usted veterano? ☐ SI ☐ NO ¿Se encuentra sin hogar? ☐ SI ☐ NO	
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: ☐								
Ingreso	CIFC Health recibe becas Federales que nos requisitan preguntar la siguiente información.							
	¿Cuántas personas hay en su familia? _____ Ingreso Familiar: \$ _____				☐ Semanal : ¿Cuántas semanas trabajas al año? _____ ☐ Mensual : ¿Cuántos meses trabajas al año? _____ ☐ 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 seré 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:

Grado/Cluster _____

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

Formulário de Permissão e Histórico Médico do SBHC

Nome do aluno: _____

Data de Nascimento: _____

1) O aluno/ aluna esta sobre os cuidados de um especialista médico ?

☐ Sim ☐ Não

2) O aluno/ aluna visitou um dentista no último ano ?

☐ Sim ☐ Não

3) O aluno/ aluna visitou o mesmo dentista por mais de um ano? ☐ Sim ☐ Não

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

5) O aluno/ aluna tem alergias? (comida, medicação, abelhas, etc.)

☐ Sim ☐ Não Se confirmar SIM, especificar _____

Histórico Médico:

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

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

História da Saúde Mental:

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

- | | |
|--|---|
| ☐ Distúrbio de disposição / Depressão | ☐ Distúrbio de aprendizagem / ADD / ADHD / Espectro do Autismo |
| ☐ Ansiedade / Pânico / TOC | ☐ Perda / Divórcio / Deportação de membros familiares |
| ☐ Fúria / Outros problemas de comportamento | ☐ Uso de substâncias / Vaping |
| ☐ Preocupações académicas | ☐ Dieta / Perda ou ganho peso significativo |
| ☐ Cortar / Automutilação | ☐ Outras preocupações |

História Familiar:

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

- | | | |
|--|---|--|
| ☐ Membro de família com doença cardíaca | ☐ Membro de família com diabetes | ☐ Membros de família com problemas de álcool/drogas |
| ☐ Membro de família com colesterol alto | ☐ Membro de família com doença mental (Exemplo: depressão) | ☐ Problemas médicos familiares não referidos acima |
- 6) Algum membro da família morreu de repente por causa de problemas cardíacos ou morte súbita antes dos 50 anos? ☐ Sim ☐ 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.

Eu autorizo os Centro de Saúde Escolar do CIFC Health e as escola Henry Abbott Technical High School 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.

Recebi o Aviso de Práticas de Privacidade da HIPAA ☐ Sim ☐ Não

Data: _____

Assinatura: _____

Parentesco: _____



120 Main St., Danbury, CT

**CONTRATO ENTRE CENTRO AMBULATORIO Y
PACIENTE O PADRE/MADRE/TUTOR**

Nombre del paciente _____ Fecha de nacimiento _____

Nombre de padre/madre o tutor	
Dirección	
Número(s) de teléfono	

Persona que transportará al paciente de ida y vuelta a las citas:

☐ Marque esta casilla si es la misma persona que se menciona arriba).

El padre/madre o tutor entiende que debe quedarse en el Departamento de Salud Conductual mientras el niño asiste a la cita.

Niños en el centro de salud escolar: los médicos seguirán la política de la escuela y del distrito escolar cuando se complete el servicio en el sitio SBHC.

Entiendo que el personal de salud conductual no va a realizar procedimientos médicos. Si es necesario obtener asistencia médica, soy la persona responsable de buscar dicho tratamiento. Si hay una emergencia, se llamará una ambulancia.

Entiendo que el personal de salud conductual no va a administrar medicamentos.

Recibí una copia impresa de los Derechos y responsabilidades del paciente. Me indicaron que debo comunicarme con el supervisor del centro si tengo preguntas.

Me entregaron una copia impresa del Aviso de prácticas de privacidad.

Entiendo que todo el personal está obligado a informar sobre las sospechas de maltrato y abandono de los niños (tal y como se describe en el artículo 17a-101 de las leyes de Connecticut). Entiendo que se podrá renunciar a mi confidencialidad si expreso mi intención de hacerme daño, de hacer daño a otra persona, de cometer un delito, o si soy víctima de abuso de niños o ancianos, o estoy gravemente discapacitado.

Información que se divulgará después de firmar un formulario de divulgación de información. Si firmo un formulario de divulgación de información, lo haré voluntariamente. La divulgación vencerá en un año. Sin embargo, puedo retirar la divulgación en cualquier momento sin perjuicio.

REVISE, FIRME Y ESCRIBA LA FECHA EN EL REVERSO DE ESTA HOJA



Entiendo que, para presentar una queja, debo hacerlo por escrito al gerente del centro de salud conductual o al funcionario encargado de la privacidad. El personal de salud conductual me proveerá un formulario de queja si lo pido. Entiendo que se investigará mi queja y recibiré una respuesta en 30 días.

Entiendo que soy responsable del pago de la sesión en el momento en que se realice. Si se llegó a un acuerdo de pago, entiendo que soy responsable de hacer dichos pagos. Entiendo la tarifa que me van a cobrar por cada sesión.

Me han proporcionado el horario de atención de la clínica de salud conductual de Greater Danbury Community Health Center. También entiendo que, si tengo una emergencia, debo llamar al 911 o ir a la sala de emergencias del hospital más cercano.

Entiendo que, cuando llegue a mi cita, debo registrarme en la recepción y hacer un pago (si procede) y, cuando termine la cita, debo pasar por la recepción para programar la próxima cita.

Entiendo que, si tengo que cancelar una cita fuera del horario de atención, llamaré al servicio de contestador de llamadas al 203-743-0100 y dejaré un mensaje con la información.

El personal clínico revisó toda la información anterior conmigo.

Firma del paciente
(tiene que firmar si tiene 5 años o más)

Fecha

Firma de padre/madre o tutor

Fecha

Representante de CIFC Health

Fecha

Connecticut Institute for Communities Greater



120 Main St., Danbury, CT

Departamento de Salud Conductual Pediátrica de CIFIC Health

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Por la presente, solicito y autorizo voluntariamente al Departamento de Salud Conductual Pediátrica de CIFIC Health a brindar al niño los servicios psiquiátricos que se describen a continuación, según corresponda desde el punto de vista clínico.

Los servicios pueden incluir:

- Terapia individual
- Terapia familiar
- Terapia en grupo
- Evaluación psiquiátrica
- Evaluación para medicamentos
- Coordinación y facilitación de la atención (por ejemplo, derivaciones a programas comunitarios, seguros u otras ayudas, etc.)
- Servicios de telesalud y telefónicos: servicios de salud conductual a distancia

El plan de tratamiento individual describe, en términos específicos, el tratamiento para el que se da el consentimiento y está firmado por el paciente/tutor.

Entiendo que mi proveedor está disponible para responder a cualquier pregunta que quiera hacer. Entiendo que tengo derecho a cuestionar o rechazar cualquier tratamiento en cualquier momento.

Mientras reciba los servicios en el Departamento de Salud Conductual Pediátrica, se creará un plan de tratamiento que describirá los objetivos, los criterios del alta, la frecuencia de los servicios y las intervenciones. Se revisarán conmigo de forma rutinaria. Entiendo que tengo derecho a solicitar una revisión interna de mi plan de atención, tratamiento o servicios.

Firma del paciente

Fecha

Firma del padre/la madre o tutor

Fecha