



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

Dra. Jennifer Cohen, M.D.
Diretora médica

Alan J. Clavette, CPA
Diretor-presidente

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!



CIFC Health: pessoas mais saudáveis, uma comunidade mais saudável)
Strengthening Families, Building Communities (CIFC: fortalecendo famílias, construindo comunidades)



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 / Óculos) | ☐ 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 menstruais |
| ☐ 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 CIFIC Health e a 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

**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 CIFC Health

Data

REVISE, ASSINE E INSIRA A DATA ATRAS DESTA FOLHA

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



Informação ao paciente	Sobrenome		Nome		Primeira letra do nome do meio		Data de nascimento: mês/dia/ano		
	Endereço		n. da unidade		Cidade		Estado ZIP		
	Telefone 1 (casa):		Contato principal? ☐		Telefone 2 (celular):		Contato principal? ☐		
	O telefone 1 pode receber mensagens CONFIDENCIAIS:		O telefone 2 pode receber mensagens CONFIDENCIAIS:		O telefone 3 pode receber mensagens CONFIDENCIAIS:				
☐ SIM ☐ NÃO		☐ SIM ☐ NÃO		☐ SIM ☐ NÃO		☐ SIM ☐ NÃO			
Como pretende receber lembretes e notificações? ☐ Texto ☐ Mensagem de voz (se for mensagem de voz, selecionar: ☐ Casa ☐ Celular ☐ Trabalho)									
Contato	Contato de emergência 1:			Relação:			Telefone 1: ☐ Celular ☐ Casa ☐ Trabalho		
	Nome:								
	Para o contato de emergência 1, o CIFC Health pode: (1) deixar uma mensagem detalhada com eles? ☐ SIM ☐ NÃO			2) Informar ou divulgar as suas informações médicas? ☐ SIM ☐ NÃO			Telefone 2: ☐ Celular ☐ Casa ☐ Trabalho		
	3) Entrar em contato com esta pessoa em caso de emergência? ☐ SIM ☐ NÃO								
Seguro	Contato de emergência 2:			Relação:			Telefone 1: ☐ Celular ☐ Casa ☐ Trabalho		
	Nome:								
	Para o contato de emergência 2, o CIFC Health pode: (1) deixar uma mensagem detalhada com eles? ☐ SIM ☐ NÃO			2) Informar ou divulgar as suas informações médicas? ☐ SIM ☐ NÃO			Telefone 2: ☐ Celular ☐ Casa ☐ Trabalho		
	3) Entrar em contato com esta pessoa em caso de emergência? ☐ SIM ☐ NÃO								
Você tem seguro de saúde?		Podemos ajudá-lo a solicitar um? :							
☐ SIM ☐ NÃO		☐ Husky/Medicaid ☐ Health Insurance Access Health CT – ☐ Assistência financeira – O nosso programa interno de escala proporcional à renda.							
Que farmácia utiliza?				Quem é o seu médico de cuidados primários?					
Seguro	Seguro principal:		Nome da empresa		Número de ID		Número do grupo		
	Informações do tomador de seguro: Verifique aqui se o paciente é o tomador ☐ Se outra pessoa, preencha abaixo		Sobrenome		Nome		Data de nascimento (mês/dia/ano)		
	Endereço (Verifique aqui se o endereço é o mesmo do paciente ☐)		Apt/Andar		Cidade		Estado ZIP		
Seguro	Seguro Secundário:		Nome da empresa		Número de ID		Número do grupo		
	Informações do tomador de seguro: Verifique aqui se o paciente é o tomador ☐ Se outra pessoa, preencha abaixo		Sobrenome		Nome		Data de nascimento (mês/dia/ano)		
	Endereço (Verifique aqui se o endereço é o mesmo do paciente ☐)		Apt/Andar		Cidade		Estado ZIP		
*Informações Necessárias	Sexo atribuído no nascimento:		No momento, você está desabrigado?		Status empregatício:		Etnia		
	☐ Masculino ☐ Feminino		☐ SIM (Selecione abaixo) ☐ NÃO (Pule abaixo)		☐ Aposentado(a) ☐ Empregado(a) - Tempo integral		escolha tudo o que se aplica		
	Estado Civil:		☐ Compartilhando uma casa (morando com outra(s) família(s)) ☐ Rua ☐ Abrigo (passar a noite) ☐ Habitação de transição ☐ Outro: _____		☐ Empregado(a) - Tempo parcial ☐ Autônomo ☐ Desempregado(a)		Latino: ☐ Sim, que país?: _____ ☐ Não ☐ Recusar-se a Responder		
	☐ Solteiro(a) ☐ Separado(a) ☐ Divorciado(a) ☐ Casado(a) ☐ União civil ☐ Viúvo(a)		Preferência de idioma:		☐ Estudante - Tempo integral ☐ Estudante - Tempo parcial		Raça escolha tudo o que se aplica ☐ Asiático(a): de que país?: _____ ☐ Nativo havaiano ☐ Das Ilhas do Pacífico (perto da Ásia) ☐ Guamês ☐ Samoano (a) ☐ Negro/Afro Americano ☐ Nativo Americana/Alasca ☐ Branco ☐ Recusar responder		
		☐ Inglês ☐ Português ☐ Espanhol ☐ Outro: _____						Outras perguntas: (obrigatórias)	
								Deseja tradutor? ☐ SIM ☐ NÃO Você é Veterano? ☐ SIM ☐ NÃO	
Acesso	E-mail:		Este e-mail concede-lhe acesso às suas informações de saúde, incluindo compromissos enotas de visita. Você pode utilizar a sua conta segura num navegador ou na nosso aplicativo móvel criptografado.						
	Se NÃO QUISER TER ACESSO às suas informações de saúde desta forma, você pode RECUSAR O SEU ACESSO marcando esta caixa: ☐								
Renda	*O CIFC Health recebe subsídios federais que exigem esta informação.								
	Quantas pessoas moram na sua residência? _____		Renda familiar: \$ _____		☐ Semanalmente: quantas semanas você trabalha por ano? _____ ☐ Mensal: Quantos meses você trabalha por ano? _____ ☐ Anualmente				

Assinatura do paciente/guardião legal: _____ Data: _____

Acordo financeiro e atribuição de benefícios:

- Autorizo a apresentação de um pedido de pagamento à Medicare, Medicaid ou qualquer outro ordenante por quaisquer serviços que me sejam prestados ou aos meus filhos com menos de 18 anos de idade, conforme indicado na ficha demográfica, agora, no passado ou no futuro.
- Compreendo e concordo que sou, em última análise, responsável pelo equilíbrio de mim próprio e de todos os meus filhos identificados com menos de 18 anos de idade, tal como consta do balanço demográfico de quaisquer serviços profissionais prestados e, em alguns casos, posso ser responsável por um montante além do que foi pago pelo meu seguro.
- Autorizo o pagamento dos meus benefícios médicos a serem enviados diretamente para o CIFIC Health ou para os prestadores individuais de serviços prestados para mim e para todos os filhos com menos de 18 anos de idade identificadas, conforme indicado na ficha demográfica. Se a minha solicitação de seguro for negada por falta de elegibilidade ou rescisão da cobertura, compreendo que me responsabilizarei e tenciono efetuar o pagamento de qualquer saldo devido nesses casos.
- Autorizo o CIFIC Health a recorrer de recusas de pagamento ou outras decisões adversas em meu nome sem autorização adicional. Autorizo e oriento qualquer titular de informações médicas ou de outra documentação relevante sobre mim a divulgar essas informações ao CIFIC Health e aos seus agentes de faturação, aos Centros de Medicare e Medicaid Services e/ou a quaisquer outros pagadores ou seguradoras, E seus respectivos agentes ou contratantes, conforme seja necessário para determinar esses ou outros benefícios a pagar por quaisquer serviços que me tenham sido prestados pelo CIFIC Health, no passado, agora ou no futuro.

Pessoa responsável pelo pagamento: ☐ Paciente ☐ Pai ou mãe/Tutor ☐ Cônjuge ☐ Outros:

Sobrenome	Nome	Inicial	Telefone	Data de nascimento: (mês/dia/ano)

Endereço (Verifique aqui se o endereço é o mesmo do paciente ☐) Apt/Andar Cidade Estado ZIP

Assinatura do paciente/guardião legal: _____ Data: _____

Autorização de tratamento

Autorizo o pessoal do CIFIC Health a prestar tratamento médico, dentário e comportamental para a saúde e administração de vacinas. Para emergências em que não posso ser alcançado, autorizo os meus dependentes menores a serem tratados para as condições de emergência.

Assinatura do paciente/guardião legal: _____ Data: _____

Registros de saúde

Autorizo a CIFIC Health a obter as minhas informações de saúde, incluindo a utilização de entidades de intercâmbio eletrônico de informações de saúde (HIEs), através das quais as minhas informações de saúde podem ser recebidas e/ou compartilhadas eletronicamente com profissionais externos de saúde para efeitos dos cuidados da minha saúde.

Assinatura do paciente/guardião legal: _____ Data: _____

Se NÃO desejar participar da Commonwell/Carequality, você pode RECUSAR marcando esta caixa: ☐

O CIFIC Health pode obter os meus registros médicos:

- ☐ **SIM** - Formulário de autorização anexado.
- ☐ **NÃO** - Não pretendo libertar ou não tenho registros médicos prévios para a libertação para o CIFIC Health.
- NOTA:** Os registros médicos em falta e o histórico de saúde aumentam os riscos das complicações do tratamento por parte dos pacientes.

Selecione a SBHC na qual o aluno está matriculado:

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

Grau/Cluster _____

O Aluno participa do programa de almoço gratuito ou Preço reduzido?

☐ Sim ☐ No