

Informação do paciente

Primeiro nome	Último nome
Data de nascimento	Numero Seguro Social
Idioma principal	Grau
Endereços	Cidade, Estado
Código Postal	Nome da escola
Identidade de gênero <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Transgênero Masculino (Feminino para Masculino) <input type="checkbox"/> Nao quero responder <input type="checkbox"/> Transgênero Feminino (Masculino para Feminino) <input type="checkbox"/> Outro	
Etnia <input type="checkbox"/> Hispânico <input type="checkbox"/> Não-Hispânico <input type="checkbox"/> Nao quero responder Corrida (Marque todas as opções aplicáveis) <input type="checkbox"/> Afro-americano <input type="checkbox"/> Caucasiano (Branco) <input type="checkbox"/> Americano Indiano / Alasca <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Nativo americano das ilhas do Pacífico <input type="checkbox"/> Havaianas nativas <input type="checkbox"/> Várias raças <input type="checkbox"/> Nao quero responder	

Informações de contato dos pais / responsáveis / emergência

Primeiro nome	Último nome
Data de nascimento	Número da Seguranga Social
Telefone residencial	Telemovel
Endereço(s) de e-mail dos pais / responsáveis	
Nome do contato de emergência	Relação
Telefone residencial	Telemovel
Farmacia	Endereço da farmácia

Informações sobre seguros: forneça as seguintes informações sobre seguros médicos e odontológicos, anotadas na parte de trás do seu cartão de seguro / medicaid.

Seguro Primário	Nome do titular da apólice
Número da Apólice	Data de nascimento do tomador do seguro
Número de Contato do Seguro Primacy	
O paciente possui seguro odontológico?	Sim não
Seguro dental	Nome do titular da apólice
Número da policia	Data de nascimento do tomador do seguro
Número de contato do seguro odontológico	

História Médica / Alergias

O paciente tem alguma condição médica?	<input type="checkbox"/>	sim	<input type="checkbox"/>	não
O paciente toma algum medicamento? (Incluindo inaladores)	<input type="checkbox"/>	sim	<input type="checkbox"/>	não
O paciente tem alergia a alimentos, medicamentos ou anestésicos locais?	<input type="checkbox"/>	sim	<input type="checkbox"/>	não
O paciente possui um EPI-PEN na escola em caso de reação alérgica?	<input type="checkbox"/>	sim	<input type="checkbox"/>	não
O paciente sofreu ferimentos graves?	<input type="checkbox"/>	sim	<input type="checkbox"/>	não
O paciente tem um nascimento ou defeito cardíaco?	<input type="checkbox"/>	sim	<input type="checkbox"/>	não
O paciente tem histórico de problemas cardíacos ou cirurgia?	<input type="checkbox"/>	sim	<input type="checkbox"/>	não
O paciente já foi hospitalizado durante a noite?	<input type="checkbox"/>	sim	<input type="checkbox"/>	não
O paciente já fez alguma cirurgia no passado?	<input type="checkbox"/>	sim	<input type="checkbox"/>	não
O patê foi submetido a derivações ou possui um cateter de permanência?	<input type="checkbox"/>	sim	<input type="checkbox"/>	não
O paciente fuma ou mastiga tabaco?	<input type="checkbox"/>	sim	<input type="checkbox"/>	não

Aponte qualquer preocupação que você tenha em relação à saúde física ou mental do seu filho(a)?

Se respondeu sim a qualquer uma das opções acima, comente.

História dental

Alguma dor ou problemas com os dentes?	<input type="checkbox"/>	sim	<input type="checkbox"/>	não
Qualquer sangramento ao escovar ou usar fio dental?	<input type="checkbox"/>	sim	<input type="checkbox"/>	não
Efectuou uma limpeza dental nos últimos 6 meses?	<input type="checkbox"/>	sim	<input type="checkbox"/>	não
A pré-medicação com antibióticos é necessária antes dos procedimentos odontológicos?	<input type="checkbox"/>	sim	<input type="checkbox"/>	não
Se respondeu sim a qualquer uma das opções acima, comente				

História de família

		Doença	Relativo	Explicar
<input type="checkbox"/>	sim	<input type="checkbox"/>	não	Diabetes, Transtorno Endócrino (Tireóide)
<input type="checkbox"/>	sim	<input type="checkbox"/>	não	Cancro
<input type="checkbox"/>	sim	<input type="checkbox"/>	não	Problema cardíaco, acidente vascular cerebral
<input type="checkbox"/>	sim	<input type="checkbox"/>	não	Hipertensão arterial
<input type="checkbox"/>	sim	<input type="checkbox"/>	não	Doença do sangue, incluindo anemia
<input type="checkbox"/>	sim	<input type="checkbox"/>	não	Distúrbios da coagulação
<input type="checkbox"/>	sim	<input type="checkbox"/>	não	Problemas respiratórios, incluindo asma
<input type="checkbox"/>	sim	<input type="checkbox"/>	não	Doença Mental (Depressão)
<input type="checkbox"/>	sim	<input type="checkbox"/>	não	Problemas com álcool / drogas
<input type="checkbox"/>	sim	<input type="checkbox"/>	não	Infecções (TB / HIV / AIDS)
<input type="checkbox"/>	sim	<input type="checkbox"/>	não	Morte com menos de 50 anos
<input type="checkbox"/>	sim	<input type="checkbox"/>	não	De outros

Prestador de primeiros socorros

Nome do Prestador de Cuidados Primários _____ Endereços _____

Telefone _____ Fax _____

Consentimento e assinatura dos pais / responsáveis

Autorizo meu filho(a) a obter SERVIÇOS MÉDICOS NO LOCAL. sim não

Autorizo meu filho(a) a obter SERVIÇOS DENTÁRIOS NO LOCAL / MÓVEIS. sim não

Autorizo meu filho(a) a obter SERVIÇOS DE SAÚDE COMPORTAMENTAL NO LOCAL. sim não

Eu, os pais / responsáveis do aluno, dou consentimento para que meu filho receba serviços no centro de saúde da escola. Entendo que este formulário de consentimento será válido por dois anos ou até que eu forneça à equipe do centro de saúde da escola um aviso por escrito da minha revogação. Todas as informações de saúde são confidenciais.

Ao assinar o formulário de consentimento, você está dando permissão ao centro de saúde da escola, à enfermeira da escola e ao médico regular do seu filho (se aplicável) para comunicar e compartilhar informações médicas sobre a condição médica do seu filho, conforme necessário, com o entendimento de que essas informações serão continuadas sendo tratadas como confidenciais. Nenhum estudante terá acesso negado aos serviços de saúde devido à incapacidade de pagar. Quando disponível, o seguro ou o Medicaid serão cobrados. O centro de saúde pode divulgar informações sobre tratamento a pagadores terceirizados para fins de cobrança.

A confidencialidade entre o aluno, os pais e o centro de saúde é garantida. Por lei, algumas informações requerem o consentimento assinado do aluno antes da divulgação a qualquer pessoa, incluindo pais / responsáveis. A equipe incentivará todos os alunos a envolverem seus pais / responsáveis nas decisões de cuidados de saúde. Eu sou o tutor legal da criança acima mencionada. Entendo que, se a tutela mudar, um novo consentimento deverá ser assinado pelo responsável legal. Entendo também que, ao fornecer um contato alternativo, se não for possível encontrar, as informações médicas referentes à criança mencionada acima serão compartilhadas entre o médico e o contato alternativo.

ASSINATURA	ENCONTRO
------------	----------