

UPHAM'S CORNER HEALTH CENTER

500 COLUMBIA ROAD
DORCHESTER, MASS. 02125
617-287-8000

CONSENTIMENTO PARA TRATAMENTO E TROCA DE INFORMAÇÕES

(Pai ou tutor legal de menor)

Nome do menor: _____

Data de Nascimento: _____ Número do Registro Médico: _____

Consentimento para Tratamento

Estou ciente dos serviços integrados oferecidos no Upham's Corner Health Center (UCHC). Eu entendo que tenho a oportunidade de discutir esses serviços com o pessoal do centro de saúde. Estou ciente de que, como o indivíduo acima mencionado tem menos de 18 anos, meu consentimento é necessário para que ele receba determinados serviços. Eu, por meio deste, dou consentimento / permissão para meu filho / filha / outro receber serviços de rotina e preventivos na UCHC, que podem incluir o seguinte:

- Avaliação, diagnóstico e tratamento de doenças e / ou lesões menores ou agudas;
- Exames gerais de saúde (como escola, acampamento, esportes ou exames de trabalho);
- Exames oftalmológicos (incluindo dilatação) e adaptação de lentes de contato;
- Exames dentários e tratamentos dentários de rotina, preventivos e restauradores;
- Aconselhamento de saúde comportamental se solicitado pelo paciente e / ou recomendado pelo provedor;
- Gerenciamento de lesões e doenças de longa duração;
- Testes laboratoriais e de triagem para doenças leves e agudas (como TB);
- Imunizações padrão; e
- Aconselhamento de educação em saúde para questões como nutrição, controle de peso, cessação do tabagismo, prevenção de drogas e álcool, prevenção de HIV / DST e prevenção da gravidez.

Consentimento para troca de informações

Eu entendo que a UCHC pode usar / divulgar informações de saúde para coordenar cuidados e tratamento conforme a necessidade. Eu concordo com as seguintes divulgações conforme necessário para cuidados de saúde adequados:

- Troca de informações entre Upham's Corner Health Center e outros prestadores de cuidados de saúde, incluindo prestadores de cuidados primários e enfermeiras escolares;
- Encaminhamentos para o prestador de cuidados primários do menor e / ou outro prestador de cuidados de saúde.

Assinatura

Eu li e entendi este formulário de consentimento. Dou consentimento / permissão para meu filho / filha / outro receber cuidados no Upham's Corner Health Center. Eu entendo que este consentimento será válido por um ano a partir da data em que o assine e posso retirar ou modificar meu consentimento a qualquer momento.

Assinatura do pai ou responsável: _____ Data: _____

- Consentimento verbal obtido para a administração da vacina COVID por telefone (Número: _____ / _____ - _____) dos pais ou responsáveis: _____