



# Community Health Connections

*We take great care of you!*

Fitchburg Community Health Center/Greater Gardner Community Health Center  
Leominster Community Health Center/ACTION Community Health Center

## Consentimento médico para tratamento

Eu, \_\_\_\_\_, Data de Nascimento: \_\_\_\_\_ autorizo os médicos/enfermeiros do centro de saúde Community Health Connections a administrar tratamento médico e/ ou procedimentos médicos conforme recomendado pelo meu médico após discutir comigo. Eu autorizo a troca de minhas informações médicas para os departamentos de saúde comportamental e odontológico do Community Health Connections, conforme necessário para a coordenação dos meus cuidados. Eu entendo que os serviços de saúde comportamental estão integrados nos cuidados médicos primários e podem ser incluídos no meu plano de cuidados. Autorizo o Community Health Connections a divulgar qualquer informação necessária, incluindo o diagnóstico e os registros de tratamento ou exame prestados a mim durante meus cuidados a terceiros pagadores e/ou médicos do setor de saúde. Eu autorizo e solicito à minha companhia de seguro médico a pagar Community Health Connections diretamente pelos meus cuidados.

Assinatura: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

Testemunha: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

### **(Pacientes menores de idade)**

Eu, \_\_\_\_\_, (Parente/Guardião Legal) do (a) \_\_\_\_\_  
Data de Nascimento: \_\_\_\_\_ autorizo os médicos/enfermeiros do centro de saúde Community Health Connections a administrar tratamento médico e/ ou procedimentos médicos conforme recomendado pelo médico ao meu filho (a) após discutir comigo (ou outro parente/guardião legal). Autorizo a troca de informações médicas do meu filho (a) para os departamentos de saúde comportamental e odontológico do Community Health Connections, conforme necessário para a coordenação dos cuidados com meu filho (a). Eu entendo que os serviços de saúde comportamental estão integrados nos cuidados médicos primários e podem ser incluídos no plano de cuidados do meu filho (a). Autorizo o Community Health Connections a divulgar qualquer informação necessária sobre meu filho (a), incluindo diagnósticos, registros do tratamento ou exames prestado a ele/ela durante seu atendimento a terceiros pagadores e/ou médicos do setor de saúde. Eu autorizo e solicito à companhia de seguro médico do meu filho (a) a pagar o Community Health Connections diretamente por seus cuidados.

Assinatura: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

Testemunha: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

As seguintes pessoas estão autorizadas a consentir para o cuidado do meu filho (a).

Nome \_\_\_\_\_ Relação \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_ Relação \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_ Relação \_\_\_\_\_