

## INSCRIÇÃO NA REDE DE SAÚDE DE MCN

Nome do Posto de Saúde de Inscricao		Numero de Telefone do Posto de Saude	
Correo Electronico		Numero de Fax do Posto de Saude	
Contato de Alguem de Posto de Saude			
Pergunta de Seguridade #1:	Qual e a cidade em que você nasceu?		
Pergunta de Seguridade #2:	O que é o primeiro nome do seu pai?		
Favor de indicar a(s) área(s) de saúde que o participante quer se inscrever. No caso que o estado de saúde do participante altere durante o período de inscrição na Rede de Saúde, pode-se adicionar outra(s) área(s) com a autorização verbal do participante.	<input type="checkbox"/> Tuberculose	<input type="checkbox"/> Acompanhamento de Pré-Natal	
	<input type="checkbox"/> Câncer	<input type="checkbox"/> Saúde Geral	
	<input type="checkbox"/> Diabetes		
	<input type="checkbox"/> HIV		

## AUTORIZAÇÃO PARA A ENTREGA DE INFORMAÇÃO MÉDICA

Primeiro Nome		Sobrenome(s)	
Alias, Apodo, etc		Dia do Aniversário (Mes / Dia / Ano)	

A Rede de Saúde atualmente ajuda a pessoas com tuberculose; diabete; exame para câncer de mama, cervical ou do cólo; e acompanhamento de pré-natal. Entendo que (i) a MCN é uma empresa sem fins lucrativos que está coordenando a minha inscrição na Rede de Saúde sem nenhum custo pra mim; (ii) a MCN nem sempre poderá encontrar provedores de saúde que sejam disponiveis para cuidar para a minha condição sem custo para mim; (iii) os provedores de saúde que estarão proveendo o meu tratamento são independentes e não são funcionários de MCN; e (iv) a MCN não fornece, e nem se responsabiliza por, nenhum tratamento médico, nem o que sucede no decorrer desse tratamento, ligado a um ou todos os projetos da Rede de Saúde.

Eu concordo em participar na Rede de Saúde, sendo que a minha informação pessoal e de saúde é confidencial, e só poderá ser divulgada para o meu tratamento médico, operações de atendimento de saúde, pagos, ou segundo a minha autorização.

Eu Não autorizo á MCN nem aos futuros provedores de saúde terem acesso aos meus prontuários médicos perto das condições listados aqui:

--

(coloca página extra se for necessário)

**Eu concordo avisar aos meus futuros provedores de saúde sobre a minha inscrição na Rede de Saúde de MCN, para ajudar facilitar a transferência do meu prontuário médico.** Eu entendo e autorizo a MCN manter prontuários médicos para mim, que contém informação confidencial sobre a minha saúde (por exemplo: resultado de HIV e/ou informação sobre saúde mental) no caso que meu médico considere que essa informação seja necessário para meu tratamento. Eu autorizo á MCN e aos futuros provedores de saúde terem acesso aos prontuários médicos que o meu médico considere necessários para dar continuidade ao meu tratamento médico e/ou exames contínuos.

A pessoal autorizada de MCN pode fazer contato comigo por telefone, correios, ou pessoalmente em relação á continuidade e seguimento para o tratamento médico para essas condições. Essa pessoal seguirá os procedimentos federais de confidencialidade, privacidade e segurança. **Esse documento de autorização será válido por dois anos (24 meses) a partir da data que o documento for assinado** ou até a minha participação na Rede de Saúde terminar por outra razão. Em qualquer momento posso solicitar por escrito, o cancelamento da minha participação na Rede de Saúde ou para limitar os assuntos de saúde com que a MCN esta autorizada dirigir. Também entendo que tenho o direito de solicitar por escrito uma copia do meu prontuário médico sob posse da MCN.

PELO PRESENTE DOCUMENTO, ISENTO A MCN, SEUS FUNCIONÁRIOS, OFICIAIS, DIRETORES, CONSULTORES, REPRESENTANTES, SUCESSORES, E DESIGNO DE TODAS AS REIVINDICAÇÕES, AÇÕES, DANOS, PERDAS, DESPESAS (INCLUSIVE PAGOS DE ADVOGADOS), E QUALQUER RESPONSABILIDADES QUE VEM DA MINHA INSCRIÇÃO NA REDE DE SAÚDE E MEU TRATAMENTO DE SAÚDE RESULTANDO DA MINHA INSCRIÇÃO NA REDE DE SAÚDE.

**\*NECESSÁRIO**

<b>*ASSINATURA DO PARTICIPANTE (ou Representante Legal do Participante)</b>		Data	
Parentesco Entre o Representante Legal e o Participante		Assinatura da Testemunha	

Sugerimos, quando for possivel, que você forneça ao participante uma cópia das duas páginas dessa Autorização para a Entrega de Informação e Inscrição na Rede de Saúde da MCN, quando for preenchida.

PORTUGUES / PORTUGUESE – ESSE FORMULÁRIO SERA VALIDO POR DOIS ANOS DEPOIS DO DIA ASSINADO

Para mais informação sobre a Rede de Saúde de MCN pode fazer contato com nos: 512-327-2017 ou [www.migrantclinician.org/network](http://www.migrantclinician.org/network)

02-07

## FICHA DE INFORMAÇÕES DO PARTICIPANTE | MCN REDE DE SAÚDE

**\*NECESSÁRIO**

Nome		Sobrenome(s)	
Sobrenome da Mãe		Dia do Aniversário (Mes / Dia / Ano)	
Lugar de Nascimento:	Cidade	Sexo:	<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino
	Estado	Estado Civil:	<input type="checkbox"/> Solteiro(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Outro:
	Pais		<input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Viúvo(a)
Raça/ Etnicidade:	<input type="checkbox"/> Branco – Não-Hispano/Latino	<input type="checkbox"/> Negro – Não-Hispano/Latino	<input type="checkbox"/> Hispânico/Latino
	<input type="checkbox"/> Asiático – Não-Hispano/Latino	<input type="checkbox"/> Indígena	<input type="checkbox"/> Outro:
Idiomas Hablados:	<input type="checkbox"/> Inglês	<input type="checkbox"/> Português	Idioma que mais usa:
	<input type="checkbox"/> Espanhol	<input type="checkbox"/> Outro:	
Profissão (dos últimos dois anos):	<input type="checkbox"/> Trabalhador(a) Rural	<input type="checkbox"/> Construção Civil	<input type="checkbox"/> Aposentado(a)
	<input type="checkbox"/> Dono(a) de casa	<input type="checkbox"/> Fábrica/Operário	<input type="checkbox"/> Desempregado(a)
	<input type="checkbox"/> Estudante	<input type="checkbox"/> Menino(a)	<input type="checkbox"/> Outro:
Domicílio atual:	<input type="checkbox"/> Alojamento Rural	<input type="checkbox"/> Prisão	<input type="checkbox"/> Sem casa
	<input type="checkbox"/> Casa	<input type="checkbox"/> Detido do INS	<input type="checkbox"/> Outro:

### INFORMAÇÕES ATUAIS DE CONTATO DO/A PARTICIPANTE:

	Rua / Caixa Postal ou CEP	Cidade	Estado	CEP / Pais
<b>*ENDEREÇO RESIDENCIAL:</b>				
<b>*ENDEREÇO DE CORREIOS:</b>				
<b>*TELEFONE</b> (código de discagem) DE CASA / CELULAR / DO TRABALHO:	Podemos falar sobre a sua saúde com a pessoal que atende nesse no. de telefone? <i>(Se não marcar nenhuma resposta y não escrever suas inicias sua resposta será "não")</i>		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<b>*INICIAS:</b>

### INFORMAÇÕES ADICIONAIS DE CONTATO DO/A PARTICIPANTE (lugar que se muda normalmente):

	Rua / Caixa Postal ou CEP	Cidade	Estado	CEP / Pais
Endereço Residencial:				
Endereço de Correios:				
<b>*TELEFONE</b> (código de discagem) DE CASA / CELULAR / DO TRABALHO:	Podemos falar sobre a sua saúde com a pessoal que atende nesse no. de telefone? <i>(Se não marcar nenhuma resposta y não escrever suas inicias sua resposta será "não")</i>		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<b>*INICIAS:</b>

**Contato Adicional:** Favor colocar o contato de alguém com telefone ou endereço fixo a quem podemos procurar no caso de não encontrá-lo(a) nos dois endereços citados acima. Ao incluir essa informação adicional, você autoriza a MCN fazer contato com esse amigo ou parente e informá-lo do seu estado de saúde, para qual precisa seguir recebendo assistência médica (ex: diabetes ou tuberculose). Você não é obrigado a disponibilizar essa informação.

Nome	Sobrenome	Grau de Parentesco do Participante:	
Rua / Caixa Postal ou CEP	Cidade	Estado	CEP / Pais
<b>*TELEFONE</b> (código de discagem) DE CASA / CELULAR / DO TRABALHO:	Podemos falar sobre a sua saúde com a pessoal que atende nesse no. de telefone? <i>(Se não marcar nenhuma resposta y não escrever suas inicias sua resposta será "não")</i>		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
			<b>*INICIAS:</b>

Migrant Clinicians Network  
PO Box 164285  
Austin, Texas 78716



Business Phone: (512) 327-2017  
Confidential Fax: (512) 327-6140  
Confidential Phone: (800) 825-8205