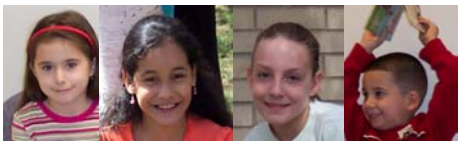

Health Link
It's about healthy kids

## Mi povezujemo djecu i omladinu Manchestera sa Doktorima i zdravstverim radnicima

*Zajednicki projekat "Udruzenja Zdravijeg Manchestera" i Manchester Pedijatara i klinike za porodicu*

Ja ovim dozvoljavam razmjenu informcija koje se odnose na demografiju moga dijeteta, zdravstveno osiguranje, doktora, test na olovo, test na tuberkulozu, vakcinu protiv gripe, vakcinaciju I hronicna zdravstvena stanja izmedju Zavoda za javno zdravstvo grada Manchester-a I (oznacite ono sto se odnosi na vas):

- ☐ **Covering Kids & Families ( za pomoc u ispunjavanju zahtjeva za Healthy Kids)**
- ☐ **Health care provider (za pomoc u pronalazenju ljekara):_____**

**(Molimo vas koristite stampana slova)**

| Ime Pacijenta [Prezime, Ime, Srednj ime ] | Datum Rodenja | M / Z | Ime Roditelja / Staratelja [Prezime, Ime ] |
|---|---|---|---|
| | / / | | |

| Adresa (Ulica, Grad, Drzava) | Apt # | Postanski broj |
|---|---|---|
| | | |

| Kucni Broj Telefona | Tel. na Poslu ili Mobilni | E-mail |
|---|---|---|
| ( ) | ( ) | |

| Sekundarni Kontakt [Prezime, Ime] | Broj Telefona | Srodstvo Pacijentu |
|---|---|---|
| | ( ) | |

**Najbolji Dan (i) I vrijeme za poziv**: *P / M. _____am / pm U/T _____am / pm S/W. _____am / pm C/T. _____am / pm P/F. _____am / pm*

| Koju skolu vase dijete pohadja? | Medicinska sestra | Razred |
|---|---|---|
| | | |

| Prezime brata, sestre | Ime brata, sestre | Datum rodenja | M/Z | Skola koju djeca pohadaju |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

**Kako ste saznali o Health Link-u?**

| | | |
|---|---|---|
| ☐ Medicinska sestra | ☐ CMC Centar za trudnocu | ☐ Prijatelj / Familija |
| ☐ Elliot - Sluzba hitne pomoci | ☐ CMC Sluzba hitne pomoci | ☐ Ljekar vase zajednice |
| ☐ Medicinska sestra javnog zdravstva | ☐ Obdaniste | ☐ Specifirajte Drugo _____ |

| Da li imate pouzdanu transportaciju? (Zaokruzite): | Glavni jezik kojim se govori kod kuce (Zaokruzite)? |
|---|---|
| Da Ne Mozda | Engleski Bosanski Drugi: _____ |

Oznacite dole navedene rase koja se odnose na vas:

- ☐ **Bijelac** [Obuhvata drzave kao Irska, Njemacka, Liban, Saudijska Arabija, Poljska, Bosna, Sredjoevropske drzave, itd]
- ☐ **Crnac/Afro-Amerikanac/Afrikanac** [Obuhvata drzave kao sto su Haiti, Jamaika, Kenija, Kongo, itd]
- ☐ **Azijac** [ Obuhvata drzave kao sto su Kina, Filipini, Banglades, Nepal, Pakistan, Vijetnam, Indonezija, Medagaskar, itd]
- ☐ **Rodjeni Havajac ili drugi sa Pacifickih ostrva** [Obuhvata drzave kao Havaji, Samao, Guam, Mikronezija, Tahiti, Palu, itd]
- ☐ Juzno ili sijeverno Americki Indijanci ili rodjeni na Aljasci **[Obuhvata Juzno Americke drzave I ostrva kao Puerto Riko]**

Ja pristajem da dam pravo pristupa gore navedenim informacijama Zavodu za javno zdravstvo grada Manchester-a. Takodje, ja dozvoljavam Zavodu za javno zdravstvo grada Manchester-a da dijele ove informacije sa zdravstvenim osobljem kojem moje dijete moze biti upuceno I drugim gore navedenim agencijama Ja razumijem da ova saglasnost moze biti povucena u bilo koje vrijeme sa pisanim zahtjevom. Ja razumijem da mogu zahtijevati kopiju ove potpisane saglasnosti. Ovo odobrenje je na snazi 1 godinu dana od dana potpisivanja ugovora.

Potpis Roditelja/Legalnog Staratelja_____ Datum_____

*Manchester Health Department, 1528 Elm Street, Manchester, NH 03101, Tel: (603) 624-6466 x 312, Fax: (603) 624-6584*