

2 Franklin Street, Belfast BT2 8DQ Tel: 028 9032 4431 Fax: 028 9053 5643
WEB: <http://www.hscbusiness.hscni.net/>

FORMULÁRIO PARA INCLUSÃO NA LISTA DE UM POSTO MÉDICO E/OU REGISTRO COM O SERVIÇO DE SAÚDE

A Agência Central de Serviços facilita o registro de pacientes nos Serviços Sociais e de Saúde da Irlanda do Norte

Diretrizes

Por favor leia as seguintes instruções cuidadosamente antes de preencher o formulário. Favor observar que para assegurar a inclusão em um Posto Médico o formulário preenchido deve ser entregue ao posto médico escolhido para aceitação.

Quem precisa preencher esse formulário:

Este formulário deve ser preenchido por, ou em nome de, todas as pessoas (exceto aquelas mencionadas abaixo) que desejam registrar-se com os Serviços de Saúde da Irlanda do Norte para Serviços Médicos Gerais e/ou Serviços Dentários e Oftálmicos e que atualmente residem na Irlanda do Norte.

Pessoas que não necessitam preencher esse formulário:

- Pessoas já residentes na Irlanda do Norte que tiveram seu Cartão Médico perdido, ou pessoas que vieram para a Irlanda do Norte diretamente após estarem residindo na Inglaterra, Escócia ou País de Gales. Estas utilizam o formulário HS200 para registrarem-se com um médico. Este formulário encontra-se disponível em qualquer Posto Médico ou na morada abaixo.
- Portadores de um cartão de Registro Infantil (HS123) expedido pelo Cartório no ato do registro do nascimento. Se o cartão de Registro infantil original foi perdido, uma segunda via deve ser obtida no Cartório do Distrito.
- Portadores do formulário FP13 expedido na dispensa das Forças Armadas.

Para garantir a inclusão na lista de um posto médico, o formulário preenchido deve ser entregue ao posto escolhido.

Crianças com menos de 16 anos:

Este formulário pode ser usado para registrar crianças com menos de 16 anos que residem com o requerente desde que os nomes completos e datas de nascimento das crianças sejam colocadas na Parte A.

Para que a inclusão seja feita na lista do posto médico, o formulário deve ser apresentado ao posto escolhido. Em todos os outros casos, o formulário deve ser enviado para:

**The Director of Family Practitioner Services
Central Services Agency
2 Franklin Street
Belfast
BT2 8DQ**

Se você desejar ter seu nome no Registro de Doadores de Órgãos do Serviço de Saúde, por favor complete a declaração na Parte E.

Favor observar que, a menos que intencione permanecer para sempre no Reino Unido, precisamos de informações sobre quanto tempo deseja ficar; caso contrário não poderemos processar sua solicitação de registro.

FORMULÁRIO PARA INCLUSÃO NA LISTA DE UM POSTO MÉDICO E/OU REGISTRO COM O SERVIÇO DE SAÚDE

Por favor preencha o formulário com caneta preta e em letras **MAIÚSCULAS**. Marque as opções adequadas (✓)

Parte A: Informações do Paciente

1. Título Senhor Senhora Senhorita Outro Favor especificar

2. Sobrenome/ Apellido 3. Nomes Anteriores
 (*Ex: sobrenome de solteira)

4. Nomes (* todos os primeiros nomes, menos o último sobrenome)

5. Data de nascimento

DIA	MÊS	ANO
<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>

 6. País de Nascimento

7. Masculino Feminino 8. Número de telefone (para contactos durante o dia)

9. Morada

 Código Postal

10. Se você deseja registrar crianças com menos de 16 anos que residem com a pessoa acima mencionada, por favor preencha as informações abaixo.

Sobrenome/ Apellido	*A criança já teve algum outro sobrenome/ apelido? (Sim/ Não)	Primeiros Nomes	Masc / Fem	Data de Nascimento	Para uso oficial

* Se qualquer criança tiver sido conhecida por outro sobrenome/ apelido, por favor complete o formulário GMF153, que está disponível no escritório do seu médico e nos envie.

11. Declare nome do Médico e Posto escolhido, caso já tenha escolhido um

 Código Postal

12. O paciente já teve um cartão médico na Irlanda do Norte? Sim Não

13. Morada anterior na Irlanda do Norte (se houver)

 Código Postal

14. Nome e morada do antigo médico na Irlanda do Norte (se houver)

..... Código Postal

15. O paciente já teve um cartão médico na Inglaterra, Escócia ou País de Gales?

Sim Não

16. Morada anterior na Inglaterra, Escócia ou País de Gales (se houver) e datas em que o paciente viveu lá.

..... Código Postal
Datas: De <input type="text"/> A <input type="text"/>

17. Nome e morada do antigo médico na Inglaterra, Escócia ou País de Gales (se houver)

..... Código Postal

18. O Paciente faz descontos à Segurança Social da Irlanda do Norte? (Ato da Irlanda do Norte de Contribuições à Segurança Social e Benefícios – 1992)

Sim Não

19. Se 'sim', por favor informe seu número da Segurança Social

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

20. Se não estiver fazendo descontos, o paciente é casado ou é dependente de uma pessoa que faz descontos à Segurança Social da Irlanda do Norte? (Ato da Irlanda do Norte de Contribuições à Segurança Social e Benefícios – 1992)

Sim Não

21. Se 'Sim', por favor preencha as seguintes informações sobre essa pessoa:

a. Nome:

b. Morada

..... Código Postal

c. Parentesco com o paciente

d. Número da Segurança Social

e. Data de Nascimento

22. Se está atualmente desempregado: o paciente está registrado com um Escritório da Segurança Social na Irlanda do Norte para receber 'Jobseekers Allowance' (Seguro desemprego)?

Sim Não

23. Se 'sim', por favor dê a morada do escritório da Segurança Social do paciente.

.....
..... Código Postal

24. O paciente residiu continuamente no reino Unido desde o nascimento?

Sim Não

25. Se 'não', por favor coloque a data de partida do Reino Unido (se houver)

.....

26. Dê a data mais recente de entrada no Reino Unido

.....

27. Por favor informe sua última morada permanente antes de vir para o Reino Unido

.....
..... Código Postal

28. Datas aproximadas que você morou lá: De

.....

A

.....

29. Motivo da vinda ao Reino Unido

.....

- **SE ESTIVER PEDINDO ASILO, POR FAVOR INCLUA COM ESTE FORMULÁRIO COMPROVAÇÕES DE QUE VOCÊ FEZ UM PEDIDO DE ASILO PARA O SERVIÇO DE IMIGRAÇÃO DO MINISTÉRIO DO INTERIOR ('HOME OFFICE')**
- **PARA OUTROS APLICANTES DE PAÍSES NÃO-EUROPEUS PRECISAMOS UMA CÓPIA DE SEU VISTO OU PERMISSÃO DE TRABALHO**

30. Se o paciente for um instrutor, estudante, assistente linguístico, professor em intercâmbio, enfermeira estagiária ou médico de hospital, por favor diga o nome e morada da Universidade, colégio, escola ou hospital frequentado e a capacitação na qual trabalha

.....

31. O Paciente pretende residir permanentemente no Reino Unido?

Sim Não

32. Se 'não', por favor mencione quanto tempo pretende ficar no Reino Unido a partir da data de hoje. ('Indefinidamente' não é suficiente). Dê o número de meses/anos que o paciente pretende ficar ou a data de partida. **ESTUDANTES – favor informar mês e ano em que terá completado seu curso.** Por favor note que o seu registro será automaticamente cancelado a partir da data de partida que for dada. Por favor contacte a Agência Central de Serviços caso suas circunstâncias mudem.

.....

33. O Paciente mantém morada fora do Reino Unido?

Sim Não

34. Se 'sim', dê o motivo

Part B: A ser preenchida somente por pessoas com quitação/ baixa das Forças Armadas mas que não receberam ou que perderam seu formulário de baixa/ quitação

35. Unidade onde tirou quitação/ baixa

36. Serviço número

37. Data da quitação/ baixa

Se o paciente esteve fora do Reino Unido desde a data da baixa/ quitação deve preencher a pergunta 26 da parte A.

Parte C: Declaração (a ser preenchida por TODOS pacientes)

38. Eu declaro que a informação que dei neste formulário é correta e completa e eu entendo que se não for, medidas apropriadas podem ser tomadas. Entendo que a Agência Central de Serviços pode ser obrigada por lei a revelar dados pessoais incluídos neste formulário às autoridades estatais relevantes, para propósitos de prevenção, detecção ou investigação criminal. Além disso, entendo que essa informação pode também ser dividida com outras organizações de Saúde e Cuidado para propósitos de gerenciamento de serviços relevantes, conforme notificado na Lei de Proteção de Dados de 1998.

Informações sobre questões de segurança de dados e confidencialidade podem ser obtidas na Coordenadoria da Agência de Proteção de Dados: 2 Franklin Street, Belfast, BT2 8DQ, telefone 0289053 5549.

39. Assinatura

40. Data

Parte D: A ser preenchida pelo posto médico que deseja aceitar a inclusão da pessoa em sua lista

Aceito registrar a pessoa (e quaisquer crianças com menos de 16 anos nomeadas na Parte A) para inclusão em nossa lista se eles tiverem direito a receber Serviços Médicos Gerais.

41. Assinatura do médico

42. Data

43. Código do médico

Parte E: Consentimento Voluntário para doação de órgãos

44. Registro de Doadores de Órgãos do Serviço de Saúde (opcional)

Quero registrar-me no Registro de Doadores de Órgãos do Serviço de Saúde como uma pessoa cujos órgãos podem ser usados para o propósito de transplantes após a minha morte. Por favor marque as alternativas relevantes abaixo.

Qualquer órgão ou tecido Rins Coração Fígado Córneas Pulmões Pâncreas

Ao registrar-se está a consentir que seus órgãos e tecidos sejam utilizados para transplante com o objetivo de salvar ou melhorar a vida de outros após sua morte. Para maiores informações pergunte à recepcionista por um folheto informativo, ou visite o website www.uktransplant.org.uk, ou telefone para 0845 60 60 400

45. Assinatura do Paciente

46. Data

(Confirmando que consente na doação de seus órgãos ou tecidos)