

'Agência Central de Serviços' (Central Services Agency)
25 Adelaide Street, Belfast BT2 8FH Tel: 028 9032 4431 Fax.: 028
9053 2960

Formulário para Inclusão na Lista de um médico e/ou Registro com o Serviço de Saúde

Diretrizes

Por favor leia as seguintes instruções cuidadosamente antes de preencher o formulário.

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 residentes na Irlanda do Norte que tenham perdido seu cartão médico ou pessoas que vieram para a Irlanda do Norte diretamente e que residiam anteriormente na Inglaterra, Escócia ou País de Gales também podem usar esse formulário para registrarem-se com um médico.

Pessoas que não necessitam preencher esse formulário:

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 médico, o formulário preenchido deve ser entregue ao médico 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 médico, o formulário deve ser apresentado ao médico escolhido. Em todos os outros casos, o formulário deve ser enviado para:

The Director of Family Practitioner Services
Central Services Agency
25/27 Adelaide Street
Belfast
BT2 8FH

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

‘Agência Central de Serviços’ (Central Services Agency)

Formulário para Inclusão na Lista de um 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
2. Sobrenome/ Apelido 3. Nomes Anteriores
(*Ex: sobrenome de solteira)
4. Nomes (* todos os primeiros nomes, menos o ultimo sobrenome)
5. Data de nascimento 6. País de Nascimento
7. Masculino Feminino 8. Número de telefone (parte do dia)
9. Endereço / 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/ Apelido	*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. O paciente já teve um cartão médico na Irlanda do Norte?

Sim

Não

12. Endereço/ Morada anterior na Irlanda do Norte (se houver)

Código Postal _____

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

Código Postal _____

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

Sim

Não

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

Código Postal _____

Datas: De _____ A _____

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

Código Postal _____

17. 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

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

--	--	--	--	--	--	--	--

19. 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)

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

- a. Nome:
- b. Endereço/ Morada

_____ Código Postal _____

- c. Parentesco com o paciente
- d. Número da Segurança Social

--	--	--	--	--	--	--	--

- e. Data de Nascimento

21. 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

22. Se 'sim', por favor dê o endereço/ morada do escritório da Segurança Social do paciente.

_____ Código Postal _____

23. O paciente residiu continuamente no reino Unido desde o nascimento? Sim Não

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

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

26. Por favor informe seu último endereço/ morada permanente antes de vir para o Reino Unido

_____ Código Postal _____

27. Datas aproximadas que você morou lá: De _____ A _____

28. Motivo da vinda ao Reino Unido

Se estiver pedindo Asilo, por favor inclua evidências com este formulário de que você fez um pedido de asilo para o Serviço de Imigração do Ministério do Interior ('Home Office')

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

30. O Paciente pretende residir permanentemente no Reino Unido? Sim Não

31. 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. 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.

32. O Paciente mantém morada fora do Reino Unido?
 Sim Não

33. 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

34. Unidade onde tirou quitação/ baixa

35. Serviço número

36. Data da quitação/ baixa

Se o paciente esteve fora do Reino Unido desde a data da baixa/ quitação, questão 25 da parte A deve ser preenchida.

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

37. Eu declaro que a informação que dei neste formulário é correta e completa e eu entendo que se não for, ações apropriadas podem ser tomadas.

Eu dou meu consentimento para que minha informações pessoais sejam acessadas pela Agência Central de Serviços, Agência de Serviço Social e o 'Inland Revenue' (descontos) para o propósito de prevenção, detecção e investigação de crimes. Eu entendo que essa informação pode também ser dividida com outras organizações de Saúde e Cuidado para propósitos de gerenciamento de serviços relevantes.

38. Assinatura

39. Data

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

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

40. Assinatura do médico

41. Data

42. Código do médico

Parte E: Consentimento Voluntário a doação de Órgãos

43. Se você deseja registrar-se no Registro de Doadores de Órgãos do Serviço de Saúde como uma pessoas cujos órgãos podem ser usados para o propósito de transplantes após a sua morte, por favor marque as alternativas relevantes abaixo.

Qualquer órgão	Rins	Fígado	Pulmões
Coração	Córneas	Pâncreas	

44. Assinatura

45. Data