

Consentement aux services de soins de santé et
au traitement

Sélectionnez l'école que fréquente l'élève :

Anacostia SHS Ballou SHS Cardozo EC Coolidge SHS Dunbar SHS Woodson SHS Roosevelt SHS

RENSEIGNEMENTS SUR L'ÉLÈVE

RENSEIGNEMENTS SUR LE PARENT:TUTEUR

Nom de famille de l'élève : _____

Prénom de l'élève : _____

Date de naissance : ____/____/____
Jour Mois Année

Numéro de sécurité sociale de l'élève : ____ - ____ - ____

Sexe : Masculin Féminin Autre Classe _____

Origine ethnique : Hispanique Noir Blanc Indien d'Amérique
 Asiatique/Insulaire du Pacifique Autre _____

Adresse de l'élève : _____

Le SBHC sera-t-il le médecin traitant de l'élève ? Oui Non

Si non, qui est ou sera le médecin traitant de l'élève ?

Nom : _____

Téléphone : _____

Adresse : _____

Mère

Nom de famille : _____ Prénom : _____

Père

Nom de famille : _____ Prénom : _____

Tuteur légal, le cas échéant

Nom de famille : _____ Prénom : _____

Relation du tuteur légal avec l'élève

Grand-parent Tante ou Oncle Autre : _____

Coordonnées du parent ou du tuteur

Tél. domicile : _____ Tél. travail : _____

Tél. portable : _____

Autre contact d'urgence

Nom : _____

Relation avec l'élève : _____

Tél. domicile : _____ Tél. travail : _____

Tél. portable : _____

RENSEIGNEMENTS SUR

Votre enfant bénéficie-t-il d'une couverture Medicaid ?

Non Oui : Numéro d'identification Medicaid : _____

Quel régime ?

AmeriHealth Caritas DC

MedStar Family Choice DC

Health Services for Children with Special Health Care Needs (Services de santé pour les enfants ayant des besoins spéciaux en matière de soins de santé)

Votre enfant est-il couvert par votre employeur ou par une autre forme d'assurance maladie ?

Non Oui, régime de santé : _____ Numéro

de membre/de la police : _____ Numéro de

téléphone de l'assurance maladie : _____

Si votre enfant n'est pas couvert par une assurance maladie, souhaitez-vous que le gestionnaire de cas clinique vous contacte pour vous aider à obtenir une assurance maladie ? Oui Non

SERVICES DU CENTRE DE SANTÉ SCOLAIRE

Je consens à ce que mon enfant reçoive des services de soins de santé fournis par les professionnels de santé agréés du Centre de santé scolaire dans le cadre du programme de santé scolaire approuvé par le Département de la santé du District de Columbia (DC Health) et les écoles publiques du District de Columbia (DCPS). Je comprends que le Centre de santé scolaire garantira la confidentialité conformément à la loi, et que les élèves seront encouragés à impliquer leurs parents ou tuteurs dans la prise de décisions concernant les soins médicaux et les conseils prodigués. Les services du Centre de santé scolaire peuvent inclure entre autres :

1. Les services de soins de santé scolaire, notamment : un contrôle de la vue, de l'ouïe, de l'asthme, de l'obésité et autres problèmes médicaux, les premiers soins et les vaccins obligatoires et les vaccins recommandés.
2. Des examens physiques complets (examens médicaux complets) y compris ceux requis pour l'école, l'université, la garderie, le sport, le travail et les nouvelles admissions.
3. Des examens de laboratoire prescrits par un médecin comme pour l'anémie, la drépanocytose et le diabète.
4. Des soins et traitements médicaux, notamment le diagnostic de maladies et affections aiguës et chroniques, et la prescription et l'administration de médicaments.
5. Des services de santé mentale, y compris l'évaluation, le diagnostic, le traitement et l'orientation.
6. Des services de soins de santé génésique, y compris les conseils en matière d'abstinence, l'accès à la contraception, des tests de grossesse, le dépistage et le traitement des MST, le dépistage du VIH, des frottis vaginaux au besoin et les orientations en cas de résultats anormaux, adaptés à l'âge.
7. Une éducation sanitaire et des conseils pour éviter les comportements à risque tels que la consommation de drogues, d'alcool et de tabac ; une éducation sur l'abstinence adaptée à l'âge, la prévention des grossesses, les maladies sexuellement transmissibles et le VIH.
8. Des soins dentaires comprenant des examens, des radios, des diagnostics et des méthodes de traitement qui peuvent inclure le nettoyage, l'administration d'anesthésie locale et topique, des plombages et des scellements de sillons.
9. Des orientations vers des services qui ne sont pas fournis par le Centre de santé scolaire.
10. Un questionnaire/une enquête sanitaire annuelle.

Centre de santé scolaire

Consentement aux services de soins de santé et au traitement

CONSENTEMENT PARENTAL À LA DIVULGATION DES RENSEIGNEMENTS

Ma signature au bas de ce formulaire autorise la divulgation des renseignements médicaux obtenus par le Centre de santé scolaire aux écoles publiques du DC et au Département de la santé du DC. Ces renseignements peuvent être protégés de toute divulgation en vertu de la loi fédérale sur la protection des renseignements personnels et la législation du district. J'autorise également le Centre de santé scolaire à divulguer des renseignements médicaux spécifiques aux écoles publiques du DC et au Département de la santé du DC soit parce que la législation ou réglementation l'exige, soit parce que cela est nécessaire pour protéger la santé et la sécurité de mon enfant.

Je comprends que je n'ai pas à autoriser la divulgation des renseignements médicaux de mon enfant pour qu'il puisse bénéficier de soins et que je peux changer d'avis à tout moment et annuler mon autorisation en écrivant au Centre de santé scolaire. Cependant, une fois que les renseignements ont été divulgués, je comprends que l'annulation ne concerne pas les renseignements divulgués avant celle-ci. Je comprends également que les renseignements médicaux divulgués en vertu de cette autorisation peuvent être divulgués à nouveau par le destinataire qui doit fournir une notification écrite à la partie destinataire stipulant que ces renseignements médicaux sont à nouveau divulgués dans le but spécifique indiqué, et que toute re-divulgation supplémentaire nécessitera un consentement supplémentaire.

J'autorise le Centre de santé scolaire à divulguer les renseignements médicaux spécifiques de l'élève nommé au verso aux écoles publiques du DC et au Département de la santé du DC.

Je comprends que les résultats concernant des maladies à déclaration obligatoire et les vaccinations administrées seront divulgués au Département de la santé du DC et aux écoles publiques du DC. De plus, les enregistrements de cas et les informations tirées d'enquêtes peuvent être utilisés pour évaluer le programme conformément aux lois fédérales et aux lois du district concernant la confidentialité des patients.

En signant la section intitulée « Consentement à la divulgation de renseignements médicaux » du présent formulaire, j'autorise également le Centre de santé scolaire à contacter d'autres fournisseurs de soins de santé qui ont examiné mon enfant et à obtenir des informations concernant mon assurance.

CONSENTEMENT PARENTAL AUX SERVICES DU CENTRE DE SANTÉ SCOLAIRE

OUI : J'ai lu et compris les services énumérés à la page précédente (services du Centre de santé scolaire) et ma signature indique que je consens à ce que mon enfant bénéficie des services fournis par le Centre de santé scolaire sélectionné, et ce aussi longtemps qu'il fréquente l'école. J'accepte également d'informer par écrit dans les plus brefs délais le Centre de santé scolaire de tout changement concernant la santé physique ou dentaire de celui-ci ainsi que de tout changement lié à sa garde et qui affecte ma capacité à donner ce consentement pour se compte.

REMARQUE: Conformément au règlement régissant le consentement aux soins des mineurs (22-B DCMR 600), le consentement parental n'est pas nécessaire en ce qui concerne la prévention, le diagnostic ou le traitement des cas suivants : (1) une grossesse ou son interruption légale ; (2) une consommation abusive de substances, notamment les drogues et l'alcool ; (3) des troubles mentaux ou émotionnels, ou (4) une maladie sexuellement transmissible. De plus, le consentement parental n'est pas nécessaire pour prodiguer des premiers soins ou fournir des services lorsque la santé d'un élève est en danger. Le consentement parental n'est pas nécessaire pour les élèves âgés de 18 ans ou plus, ou pour les élèves légalement émancipés.

Je reconnais et accepte par la présente que, conformément au Code officiel du DC section 38-651.11, le district, l'école, ses employés et ses agents, dont le médecin praticien, l'auxiliaire médical ou l'infirmière de pratique avancée, sont exempts de toute responsabilité civile pour tout acte ou omission liés à ou découlant de l'exercice de bonne foi de leurs responsabilités en vertu de la section 38-651.01 et seq., à l'exception d'actes criminels, de fautes intentionnelles, de négligences graves ou d'inconduites délibérées. Je comprends que le présent formulaire doit être rempli et soumis pour que l'élève puisse recevoir des services de santé.

NON : Je n'autorise pas mon enfant à bénéficier des services du SBHC.

X _____
Signature du parent/tuteur ou l'élève s'il est âgé d'au moins 18 ans ou conformément aux dispositions de la loi)

_____ Date

CONSENTEMENT PARENTAL À LA DIVULGATION DES RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

J'ai lu et compris le paragraphe concernant la divulgation de renseignements médicaux du présent formulaire. Ma signature indique que je consens à la divulgation de renseignements médicaux comme indiqué.

X _____
Signature du parent/tuteur ou l'élève s'il est âgé d'au moins 18 ans ou conformément aux dispositions de la loi)

_____ Date