

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT AU PROGRAMME DE TÉLÉSANTÉ DES SERVICES DE SANTÉ SCOLAIRES

Dans le cadre du Programme de télésanté des services de santé scolaires, je comprends que :

1. Mon enfant prendra part à des réunions organisées par vidéo ou téléconférence avec l'hôpital national pour enfants et d'autres médecins et fournisseurs de soins de santé, tels que des fournisseurs de soins de santé spécialisés en santé comportementale. Le fournisseur de soins de santé peut déterminer qu'une visite de suivi en personne ou que des soins urgents ou des services d'urgence sont nécessaires.
2. Lors d'une visite de télésanté, mon enfant ne sera pas dans la même pièce que le fournisseur de soins de santé, qui se trouvera à un autre endroit. Je comprends également que je peux refuser un rendez-vous de télésanté pour mon enfant. À la place, je peux emmener mon enfant pour une visite en personne avec ses fournisseurs de soins de santé.
3. Les limites aux services de télésanté peuvent inclure des interruptions, des accès non autorisés et des difficultés techniques. Je comprends également que le fournisseur de soins de santé peut interrompre la visite de télésanté de mon enfant s'il juge que les connexions ne sont pas appropriées pour la vidéoconférence/téléconférence.
4. En plus de l'équipe de soins de santé et du fournisseur de soins de santé de mon enfant, des personnes qui font fonctionner l'équipement vidéo et qui sont formées pour préserver la confidentialité de toutes les informations obtenues peuvent également être présentes. Je comprends également que mon enfant a le droit de : (1) ne pas mentionner certains détails spécifiques relatifs aux antécédents médicaux/de l'examen clinique de mon enfant ;(2) demander au personnel non médical de quitter la salle d'examen ; ou (3) mettre fin à tout moment à une visite.
5. Tout entretien ou toute photographie de mon enfant ne sera utilisé(e) qu'à des fins médicales et conservé(e) par le fournisseur et le personnel du service de santé en tant que dossier médical confidentiel, conformément aux lois et réglementations du gouvernement fédéral et du District de Columbia.
6. En signant ce consentement, j'autorise le personnel du service de santé de l'école à communiquer aux médecins et aux fournisseurs de soins de santé de mon enfant toute information médicale pertinente relative à son état de santé et ses soins médicaux. J'autorise également l'établissement de soins de santé ou son personnel à communiquer toute information au régime d'assurance maladie de mon enfant ou à tout autre agent éventuellement responsable du paiement des factures médicales liées à la visite. Par ailleurs, j'autorise le Programme de télésanté des services de santé scolaires à divulguer des informations médicales spécifiques aux responsables de l'établissement scolaire et au Département de la santé du District de Columbia (DC Health), soit parce que la loi ou la réglementation l'exige, soit parce que cela est nécessaire pour protéger la santé et la sécurité de mon enfant.

7. Les personnes inscrites à MedStar Family Choice, AmeriHealth, Care First ou HSCSN ne recevront pas de facture pour les services fournis par télémédecine. Tous les frais associés à ce programme sont à la discrétion de la compagnie d'assurance. Toute quote-part exigée pour les visites de soins primaires pourrait s'appliquer à ce service. Je comprends que toute somme d'argent ou tout avantage lié à la prestation de services de télésanté sera attribué et transféré au prestataire, y compris les avantages/versements provenant de mon régime de santé, de Medicaid ou d'autres tiers financièrement responsables des soins médicaux de mon enfant. J'autorise la divulgation de tous les renseignements nécessaires (incluant sans s'y limiter, les dossiers médicaux, les copies des demandes de remboursement et les factures détaillées) à des fins de vérification des informations de paiement et, le cas échéant, à toute autre fin de santé publique.
8. Ce consentement sera valable pour toute la durée de l'inscription de l'élève à l'école. Je comprends également que j'ai le droit de retirer mon consentement à tout moment en remettant au personnel du service de santé une lettre signée et datée à cet effet.
9. Si je ne suis pas satisfait des services rendus, à tout moment, je peux déposer une plainte par téléphone auprès de l'équipe du Bureau de l'Ombudsman : (202) 724-7491. Je peux également envoyer un courriel à l'adresse : healthcareombudsman@dc.gov. Je peux également communiquer avec l'équipe des Services de scolarisation des enfants à l'adresse TelehealthCSS@childrensnational.org. Les plaintes doivent également être soumises via le portail du programme des services de santé scolaire sur le site : <https://dhealth.force.com/studenthealthservices/s/>.
10. Maintenant que j'ai lu (ou me suis fait lire) attentivement ce document, j'inscris par la présente mon enfant pour qu'il participe au programme de télésanté des services de santé scolaires, en remplissant et en signant le formulaire de consentement ci-joint selon les conditions décrites ci-dessus et dans le formulaire de consentement ci-dessous.

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT AU PROGRAMME DE TÉLÉSANTÉ DES SERVICES DE SANTÉ SCOLAIRES

Veuillez remplir le formulaire suivant afin d'autoriser votre enfant à bénéficier de services médicaux dans le cadre du programme de télésanté des services de santé scolaires. En fournissant ces informations, vous attestez que vous comprenez et acceptez les conditions dans lesquelles votre enfant recevra des services de télésanté

| Renseignements personnels sur l'élève À remplir par le parent, le tuteur ou par l'élève | | | | | | |
|--|----------|---------------------------|---|--|-------------------------|----------------------------|
| Nom de famille de l'élève : | | Prénom de l'élève: | | | Date de naissance: | |
| Nom de l'école ou de la garderie : | | | Sexe: Masculin Féminin Non binaire | | | |
| Lieu de résidence : | | Apte: | Ville : | État : | Code postal | |
| Désignation ethnique : <i>(cochez toutes les cases applicables)</i> | | | | | | |
| Hispanique/Latino | | Non-Hispanique/Non-Latino | | Autre | Préfère ne pas répondre | |
| Race : <i>(cochez toutes les cases applicables)</i> | | | | | | |
| Indien d'Amérique/ Autochtone de l'Alaska | | Asiatique | Natif Hawaïen/ Insulaire du Pacifique | Noir/Afro- Américain | Blanc | Préfère ne pas répondre |
| Nom du parent/tuteur/conjoint/autre : | | | Numéro de téléphone du parent/tuteur/conjoint/autre : | | | |
| Adresse électronique du parent/tuteur/conjoint/autre : | | | Autre numéro de téléphone du parent/tuteur/conjoint/autre : | | | |
| Nom du contact en cas d'urgence : | | | Numéro de téléphone du contact en cas d'urgence : | | | |
| Type d'assurance: | Medicaid | Privado | Ninguno | Nom/numéro d'identification de l'assurance : | | |
| Nom du fournisseur de soins primaires, Organisation et numéro de téléphone (si disponible) | | | | | | |

J'autorise le professionnel de la santé agréé signataire à partager les informations de santé figurant sur ce formulaire et les informations de santé résultant des visites de télésanté avec l'école de l'élève et les organismes gouvernementaux compétents du DC pour la coordination entre les organismes concernés et les fournisseurs de soins de santé à des fins de suivi. J'autorise également la divulgation de tous les renseignements nécessaires (incluant sans s'y limiter, les dossiers médicaux, les copies des demandes de remboursement et les factures détaillées) pour vérifier les informations de paiement et si nécessaire à toute autre fin de santé publique. Par ailleurs, je reconnais et accepte par la présente que le district, l'école, ses employés et ses agents sont exempts de toute responsabilité civile pour des actes ou des omissions, en vertu du Code officiel du DC à l'article § 38-651 (DC Law 17- 107), excepté pour les actes criminels, les fautes intentionnelles, la négligence grave ou l'inconduite délibérée. Je comprends que le présent formulaire doit être rempli et soumis pour que l'élève puisse prendre part aux visites de télésanté.

Signature du parent/tuteur/élève de plus de 18 ans : _____ **Date :** _____

Nom du parent/tuteur/élève de plus de 18 ans, en caractères d'imprimerie : _____

Consentement des mineurs en matière de services de soins de santé

22-B DCMR §600 stipule qu'une personne âgée de dix-huit (18) ans ou plus peut consentir à la prestation de services de santé pour elle-même, pour son enfant ou son conjoint.

En outre, dans le District de Columbia, un mineur, quel que soit son âge, peut donner son consentement pour bénéficier des services de santé qu'il sollicite pour la prévention, le diagnostic ou le traitement des cas médicaux suivants : (a) la grossesse ou son interruption légale ; (b) la toxicomanie, y compris l'abus de drogues et d'alcool ; ou (c) un état mental ou émotionnel et une maladie sexuellement transmissible.

Signature de l'élève : _____

Date : _____