

Centre de santé scolaire

Consentement aux services de soins de santé et au traitement

CONSENTEMENT PARENTAL À LA DIVULGATION DE RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

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

Période pendant laquelle la divulgation de renseignements est autorisée :

De la : date à laquelle le formulaire est signé **À la :** date à laquelle l'élève n'est plus inscrit à l'école

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 tant que mon enfant est un élève de 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 mon enfant et de tout changement lié à la garde de mon enfant qui affecte ma capacité à donner ce consentement pour le compte de mon enfant.

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. Le consentement parental n'est pas nécessaire pour la vaccination des mineurs de 11 ans et plus qui satisfont à la norme de consentement éclairé, lorsque cette vaccination est recommandée par l'Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP) des États-Unis et est administrée conformément au calendrier de vaccination recommandé par l'ACIP. 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 de l'élève s'il est âgé de 18 ans ou plus, ou est autrement autorisé par la loi)

Date

CONSENTEMENT PARENTAL À LA DIVULGATION DE 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 de l'élève s'il est âgé de 18 ans ou plus, ou est autrement autorisé par la loi)

Date