

### Formulaire universel du Centre de santé en milieu scolaire Consentement aux services de soins de santé et au traitement

Sélectionnez l'école fréquentée par l'élève :

Lycée d'Anacostia  Lycée de Ballou  CE de Cardozo  Lycée de Coolidge  Lycée de Dunbar  Lycée de Woodson  CE de Roosevelt

INFORMATIONS CONCERNANT L'ÉLÈVE	INFORMATIONS CONCERNANT LE PARENT/TUTEUR
<p><b>Nom de l'élève :</b> _____</p> <p><b>Prénom de l'élève :</b> _____</p> <p><b>Date de naissance :</b> _____ / _____ / _____ Mois Jour Année</p> <p><b>Numéro de sécurité sociale de l'élève :</b> _____ - _____ - _____</p> <p><b>Sexe :</b> <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin Classe _____</p> <p><b>Ethnicité :</b> <input type="checkbox"/> Hispanique <input type="checkbox"/> Noir <input type="checkbox"/> Blanc <input type="checkbox"/> Amérindien <input type="checkbox"/> Asiatique/Insulaire du Pacifique <input type="checkbox"/> Autre _____</p> <p><b>Adresse de l'élève :</b> _____ _____</p> <p><b>Le SBHC sera-t-il le médecin traitant de l'élève ?</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <b>Si non, qui est le médecin traitant de l'élève ?</b> Nom : _____ Téléphone : _____ Adresse : _____ _____</p>	<p><b>Mère</b> Nom : _____ Prénom : _____</p> <p><b>Père</b> Nom : _____ Prénom : _____</p> <p><b>Tuteur légal, le cas échéant</b> Nom : _____ Prénom : _____ Lien de parenté du tuteur légal avec l'élève <input type="checkbox"/> Grand parent <input type="checkbox"/> Tante ou oncle <input type="checkbox"/> Autre : _____</p> <p><b>Coordonnées du parent ou du tuteur</b> N° de tél. au domicile : _____ N° de tél. au travail : _____ Portable : _____</p> <p><b>Autre contact d'urgence</b> Nom : _____ Lien de parenté avec l'élève : _____ N° de tél. au domicile : _____ N° de tél. au travail : _____ Portable : _____</p>

#### INFORMATIONS CONCERNANT L'ASSURANCE

<p><b>Est-ce que votre enfant dispose d'une couverture Medicaid ?</b> <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui : N° d'iden. Medicaid : _____</p> <p><b>Quel régime ?</b> <input type="checkbox"/> AmeriHealth <input type="checkbox"/> Amerigroup <input type="checkbox"/> Services de santé pour les enfants avec des besoins spéciaux en soins de santé (HSCSN) <input type="checkbox"/> Trusted Health Plan</p>	<p><b>Est-ce que votre enfant dispose d'une couverture par le biais de votre employeur ou d'un autre type d'assurance maladie ?</b> <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, assurance maladie : _____ Iden. de membre/n° de police : _____ Téléphone de l'assurance maladie : _____</p> <p><b>Si votre enfant n'a pas d'assurance maladie, souhaitez-vous que le chargé de dossier médical vous contacte pour vous aider à trouver une assurance maladie ?</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>
---	---

#### CONSENTEMENT PARENTAL AUX SERVICES DU CENTRE DE SANTÉ EN MILIEU SCOLAIRE

**OUI** : J'ai lu et compris la liste des services figurant au verso (services du Centre de santé en milieu scolaire) et ma signature indique que je consens à ce que mon enfant bénéficie des services fournis par le Centre de santé en milieu scolaire sélectionné tant que mon enfant est un élève à l'école. J'accepte également d'informer par écrit dans les plus brefs délais le Centre de santé en milieu scolaire de tout changement concernant la santé physique ou buccodentaire 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** : En vertu de la loi, le consentement parental n'est pas nécessaire en ce qui concerne la prévention, le diagnostic ou le traitement d'une grossesse ou son interruption légale ; d'abus de substances, y compris l'abus de drogues et d'alcool ; de troubles mentaux ou émotionnels, ou d'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 qui ont 18 ans ou plus, ou pour les élèves légalement émancipés.

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

**X** \_\_\_\_\_  
**Signature du parent/tuteur** (ou de l'élève s'il a 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 à la page 2 de ce 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 a 18 ans ou plus, ou est autrement autorisé par la loi) \_\_\_\_\_ **Date** \_\_\_\_\_

Formulaire universel du Centre de santé en milieu scolaire  
**Consentement aux services de soins de santé et au traitement****SERVICES DU CENTRE DE SANTÉ EN MILIEU SCOLAIRE**

Je consens à ce que mon enfant bénéficie des services de soins de santé fournis par les professionnels de la santé agréés du Centre de santé en milieu scolaire dans le cadre du programme de santé scolaire approuvé par le Département de la santé du district de Columbia (*DC Department of Health*) et les écoles publiques du district de Columbia (*DC Public Schools*). Je comprends que le Centre de santé en milieu 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 donnés. Les services du Centre de santé en milieu scolaire peuvent comprendre mais ne sont pas limités à ce qui suit :

1. Les services de soins de santé scolaire, y compris : un contrôle de la vue, de l'ouïe, de l'asthme, de l'obésité et autres problèmes médicaux, les premiers soins et les vaccinations nécessaires et recommandées.
2. Des examens médicaux complets, y compris ceux pour l'école, l'université, la garderie, le sport, le travail et les nouvelles admissions.
3. Des examens biologiques médicalement prescrits tels que pour l'anémie, la drépanocytose et le diabète.
4. Des soins et traitements médicaux, y compris 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 d'abstinence, l'accès à la contraception, des tests de grossesse, le dépistage et le traitement des MST, le dépistage du VIH, des frottis 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 : l'usage de drogues, d'alcool et de tabac ; une éducation sur l'abstinence adaptée à l'âge, la prévention de grossesse, 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 un 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 en milieu scolaire.
10. Un questionnaire/une enquête sanitaire annuelle.

**CONSENTEMENT PARENTAL A LA DIVULGATION DE RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX**

Ma signature au verso de ce formulaire autorise la divulgation des renseignements médicaux obtenus par le Centre de santé en milieu 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 en milieu 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 en milieu 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 et ne sont plus protégés par les lois fédérales ou du district sur la protection des renseignements personnels.

J'autorise le Centre de santé en milieu 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 du district concernant la confidentialité des patients.

**Ma signature figurant à la page 1 de ce formulaire autorise également le Centre de santé en milieu 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 au verso

**À la :** date à laquelle l'élève n'est plus inscrit à l'école