

District de Columbia



Formulaire universel du Centre de santé 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			
	Lycee de Cardozo Lycee de Ballou Lycee de Cardozo Lycee de C	Coolidge Lycee de Dunbar Lycee de Woodson Le de Roosevelt	
	INFORMATIONS CONCERNANT L'ÉLÈVE	INFORMATIONS CONCERNANT LE PARENT/TUTEUR	
		Mère	
Nom de	l'élève :	Nom : Prénom :	
Prénom de l'élève :		Père	
Date de	naissance :/	Nom : Prénom :	
	Jour Mois Année	Tuteur légal, le cas échéant	
Numéro	de sécurité sociale de l'élève :		
Sexe : Masculin Féminin Autre Classe		Nom : Prénom :	
		Lien de parenté du tuteur légal avec l'élève ☐ Grand-parent ☐ Tante ou Oncle ☐ Autre:	
	ethnique : Hispanique Noir Blanc Amérindien que/Insulaire du Pacifique Autre		
_ /\5\at	que, modiane da l'acinque Eriatre	Coordonnées du parent ou du tuteur	
Adresse	de l'élève :	Tél. maison : Tél. professionnel :	
	<u></u>	Portable :	
Le SBHC	sera-t-il le médecin traitant de l'élève ? 🔲 Oui 🚨 Non	Contact d'urgence complémentaire	
Si non, qui est le médecin traitant de l'élève ?		Nom:	
Nom : _			
Télépho	ne :	Lien de parenté avec l'élève :	
Adresse	:	Tél. maison : Tél. professionnel :	
		Portable :	
	INFORMATIONS	CONCERNANT	
Votro or	afant hánáficia t il d'una convertura Madicaid 2	Votre enfant bénéficie-t-il d'une couverture de santé par le biais d'un régime	
Votre enfant bénéficie-t-il d'une couverture Medicaid ?		offert par l'employeur ou un	
☐ Non	☐ Oui : N° d'identification Medicaid :	autre type d'assurance santé ?	
Quel rég	rime ?		
☐ AmeriHealth Caritas DC		□ Non □Oui, Régime de santé :	
☐ MedStar Family Choice DC		Numéro d'identification/de police :	
☐ Services de santé pour les enfants avec des besoins spéciaux en soins de santé		Téléphone de l'assurance santé :	
(HSCSN)		Si votre enfant ne bénéficie d'aucune assurance santé, souhaitez-vous que le	
☐ Carel	First Community Health Plan DC	gestionnaire de cas clinique vous contacte pour vous aider à en obtenir une ?	
		□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 (DC Health) du District of Columbia et les écoles publiques du District of 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, sans s'y limiter :			
1. Les services de soins de santé scolaire, y compris : un contrôle de la vue, de l'ouïe, de l'asthme, de l'obesité et autres problèmes médicaux, les premiers soins et les vaccinations nécessaires et recommandées.			
2.	Des examens physiques complets (examens médicaux complets) y compris ceux pour l'école, l'univers	ité, 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 services de santé mentale, y compris l'évaluation, le diagnostic, le traitement et l'orientation. 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 vaginaux au besoin 		
0.			
7.	et les orientations en cas de résultats anormaux, adaptés à l'âge. 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 de		
	grossesse, les maladies sexuellement transmissibles et le VIH.		
8.	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.		





Date

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 :

divulgation de renseignements médicaux comme indiqué.

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.
<u>REMARQUE</u> : 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 <u>n</u> 'autorise <u>pas</u> mon enfant à bénéficier des services du SBHC.
X
Signature du narent/tuteur (ou de l'élève s'il est âgé de 18 ans ou plus ou est autrement autorisé nar 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

Signature du parent/tuteur (ou de l'élève s'il est âgé de 18 ans ou plus, ou est autrement autorisé par la loi)