

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



Consentement au partage des dossiers médicaux et scolaires des élèves

La loi sur les droits et la vie privée en matière d'éducation familiale (Family Educational Rights and Privacy Act/FERPA) est une loi fédérale qui protège la confidentialité des dossiers scolaires des élèves. Le but du présent consentement est de permettre aux principaux membres du personnel de l'école (*notamment le proviseur, l'infirmière scolaire, les infirmières gestionnaires de cas, les coordinateurs section 504 et les membres du personnel de l'éducation spécialisée*) en charge de votre enfant de partager leurs dossiers médicaux et scolaires avec des agences et des fournisseurs de soins de santé externes, parmi lesquels les centres de santé scolaires (*s'il y en a un dans votre école*). Ainsi, ces derniers pourront mieux coordonner les services de santé offerts à votre enfant. La coordination des services permettra de mieux répondre aux besoins de votre enfant et de garantir sa pleine participation à l'environnement d'apprentissage scolaire. **SI VOUS ACCEPTEZ CE CONSENTEMENT, VEUILLEZ LE REMPLIR, LE SIGNER ET LE RETOURNER AU REGISTRAIRE DE L'ÉCOLE DE VOTRE ENFANT.**

_____	_____	_____
(Nom de l'élève/de l'enfant)	(Nom de l'établissement)	(Date de naissance)
_____	_____	_____
(Classe)	(ID de l'élève, si connu)	

1. J'autorise les écoles publiques du District de Columbia à partager les dossiers scolaires de mon enfant, dossiers cités dans la section 3 ci-dessous, avec chacune des agences et organisations suivantes :

- | | |
|---|---|
| *Département de la Santé du DC, | *Département des services sociaux de DC, |
| *Département de la santé mentale de DC, | *le(s) fournisseur(s) de soins de santé de votre enfant, et |
| *Département du financement des soins de santé de DC, | *les autres fournisseurs de services de santé offrant des services en milieu scolaire |

2. Je comprends que ces informations peuvent être utilisées UNIQUEMENT aux fins suivantes :

- * Planifier et fournir des services coordonnés en matière d'éducation et de santé, et
- * évaluer les programmes destinés à mon enfant et les services qui lui sont fournis.

3. J'autorise l'utilisation/la divulgation des informations contenues dans chacun des dossiers suivants :

- | | |
|------------------------------------|--|
| *Dossier de l'infirmière scolaire, | * Classes, observations et autres informations scolaires contenues dans les dossiers des élèves, |
| * Documents IFSP/IEP, | * Ordonnances médicales actualisées (conservées par l'infirmière scolaire), |
| * Plans 504, | * Rapports médicaux sur la vue, |
| *Emploi du temps de la classe, | *Rapports d'audiologie, et |
| * Registre des présences, | *Plan de soins infirmiers (dans le cadre du PEI ou du plan 504) |

4. Je comprends que :

- *La signature de cette autorisation est volontaire, et mon enfant ne se verra pas refuser des services scolaires si je choisis de ne pas la signer, et
- * J'ai le droit de demander une copie de ce formulaire après l'avoir signé et de consulter ou de copier toute information divulguée en vertu de ce consentement.

5. Je consens à ce que les informations susmentionnées soient utilisées ou divulguées. Je comprends que ces informations ne peuvent pas être utilisées à des fins autres que celles indiquées dans la section 2 ci-dessus. Je peux, à tout moment, révoquer ce consentement par écrit. Je comprends que la révocation de cette autorisation n'affectera pas les mesures prises avant la réception de la révocation ou les mesures prises sur la base des informations précédemment partagées.

_____	_____	_____
(Signature du parent/tuteur/élève de plus de 18 ans)	(Relation avec l'élève)	(Date)

Cette autorisation expire un an après la date de signature ci-dessus.