

CONFIRMATION DU PROGRAMME DE SERVICES DE SANTÉ SCOLAIRES

Le programme des services de santé scolaires de DC Health fournit des services de santé aux élèves tout au long de la journée d'école, effectue des dépistages des troubles auditifs et visuels, gère les dossiers médicaux des élèves et suit les tendances en matière de santé des élèves dans le District de Columbia. Il propose également des services de télésanté, pour lesquels un formulaire de consentement des parents ou des tuteurs doit être soumis pour permettre à l'élève d'y participer.

Votre enfant bénéficiera d'un dépistage des troubles auditifs et/ou visuels s'il n'en a pas bénéficié au cours de l'année civile précédente, comme l'atteste le certificat de santé universel qui lui a été remis. Les données relatives à la santé de votre enfant peuvent être transférées électroniquement entre les organismes autorisés du district, leurs représentants et les fournisseurs de soins de santé de votre enfant. Les informations relatives à la santé de mon enfant seront toujours conservées et transférées conformément aux lois et réglementations du District et du gouvernement fédéral, y compris, mais sans s'y limiter, la loi de 1974 relative à la confidentialité et aux droits des familles en matière d'éducation (Family Educational Rights Privacy Act, FERPA), la loi de 1996 sur la portabilité et la responsabilité en matière d'assurance maladie (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA), la loi sur les technologies de l'information dans le domaine de la santé pour la santé économique et clinique (Health Information Technology for Economic and Clinical Health, HITECH) et la loi 18-273 du D.C., l'amendement à loi de 2010 sur le partage des données et la coordination des informations (Code officiel § 7-241 et suivants)

Si vous souhaitez que votre élève ne soit pas soumis à un dépistage des troubles auditifs et/ou visuels ou qu'il ne fasse pas l'objet d'un transfert électronique de données médicales, veuillez soumettre votre demande par écrit au registraire de l'école de votre enfant ou au personnel du service de santé scolaire, ou la soumettre par voie électronique via le [portail d'information et de demande en ligne du programme des services de santé scolaire](#).

Si vous souhaitez que votre élève participe au programme de télésanté des services de santé scolaires, veuillez soumettre le formulaire ci-dessous dûment rempli au registraire de l'école de votre enfant ou au personnel du service de santé scolaire afin de consentir aux services de télésanté.

CONSENTEMENT AU PROGRAMME DE TÉLÉSANTÉ DES SERVICES DE SANTÉ SCOLAIRE

Veillez soumettre le document dûment rempli au registraire de l'école de votre enfant ou au personnel du service de santé de l'école. Le Programme de télésanté des services de santé scolaires permettent aux élèves d'obtenir une consultation virtuelle dans leur établissement avec un prestataire de soins médicaux. En signant ci-dessous, je comprends, confirme et autorise ce qui suit :

- Mon enfant peut participer à des consultations organisées par vidéo (vidéoconférence) ou par téléphone (téléconférence) avec des prestataires de soins de santé, tels que des spécialistes en santé comportementale, qui peuvent se trouver à l'extérieur de l'établissement scolaire. Le prestataire 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.
- En plus de l'équipe de soins de santé et du prestataire 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. L'élève a le droit de demander : (1) que certains détails spécifiques relatifs à ses antécédents médicaux/son examen clinique soient omis ; (2) que le personnel non médical quitte la salle d'examen ; ou (3) qu'il soit mis fin à la visite à tout moment.
- J'ai la possibilité de refuser un rendez-vous de télésanté pour mon enfant.
- J'autorise le programme de télésanté des services de santé scolaire à partager les dossiers scolaires et les informations médicales de mon enfant avec un fournisseur de services de télésanté pour que ce dernier puisse lui prodiguer des soins.
- 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.
- Les services de télésanté peuvent être facturés à mon assurance. Je comprends qu'il m'incombe de fournir les informations relatives à mon assurance et que je suis responsable de toute quote-part ou de tout frais supplémentaire résultant de ce service. Les personnes inscrites à tout organisme de gestion des soins Medicaid de DC ne recevront pas de facture pour les services fournis par télé-médecine. 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.
- Si à tout moment je ne suis pas satisfait(e) des services rendus, je peux déposer une plainte auprès de l'équipe du Bureau de l'Ombudsman, par téléphone au (202) 724-7491 ou par e-mail à l'adresse healthcareombudsman@dc.gov. Les plaintes doivent également être soumises sur le portail du Programme des services de santé scolaires : <https://dchealth.force.com/studenthealthservices/s/>.
- Ce consentement sera valable pour toute la durée de l'inscription de l'élève dans l'établissement scolaire. 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.
-

Renseignements personnels sur l'élève À remplir par le parent/tuteur ou par l'étudiant âgé de plus de dix-huit (18) ans				
Nom de famille de l'élève :		Prénom de l'élève :		Date de naissance :
Nom de l'établissement scolaire ou de la garderie :				
Adresse du domicile :		Appart. :	Ville :	État : Code postal :
Désignation ethnique : <i>(cochez toutes les réponses pertinentes)</i> <input type="checkbox"/> Hispanique/Latino <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> Non-hispanique/Latino <input type="checkbox"/> Je préfère ne pas répondre				
Race : <i>(cochez toutes les réponses pertinentes)</i> <input type="checkbox"/> Autochtone d'Alaska/Indien d'Amérique <input type="checkbox"/> Asiatique <input type="checkbox"/> Noir/Afro-Américain <input type="checkbox"/> Autochtone d'Hawaï/Insulaire du Pacifique <input type="checkbox"/> Blanc <input type="checkbox"/> Je préfère ne pas répondre				
Renseignements sur le parent/tuteur				
Nom du parent/tuteur 1 :			Nom du parent/tuteur 2 :	
Téléphone :	Adresse électronique :		Téléphone :	Adresse électronique :
Relation avec l'élève :			Relation avec l'élève :	
Numéro de téléphone du parent/tuteur :			Numéro de téléphone du parent/tuteur :	
Nom du contact en cas d'urgence, relation avec l'élève :			Numéro de téléphone du contact en cas d'urgence :	
Renseignements relatifs à l'assurance				
Type d'assurance : <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Privée <input type="checkbox"/> Aucune		Nom de l'assurance/numéro d'identification : Régime d'assurance :		
Si votre enfant n'est pas couvert par une assurance maladie, souhaitez-vous que le gestionnaire de cas clinique vous contacte pour vous aider à obtenir une assurance maladie ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non				
Nom du prestataire de soins primaires :				
Organisation et adresse du prestataire de soins primaires :				
Téléphone du prestataire de soins primaires :				

Nom de l'élève (en caractères d'imprimerie) _____ Nom du parent/tuteur (en caractères d'imprimerie) _____

Signature du parent/tuteur ou de l'élève si âgé de plus de 18 ans _____
Date _____

POLITIQUES DU PROGRAMME DES SERVICES DE SANTÉ SCOLAIRE

Les politiques du programme des services de santé scolaire ci-dessous sont fournies à titre d'information.

- Pour participer au transfert électronique des données de mon enfant dans le cadre du SHSP, je dois donner mon accord au fournisseur de soins médicaux de mon enfant pour qu'il envoie par voie électronique à l'école de mon enfant les informations relatives à sa santé, et notamment les informations figurant dans le certificat de santé universel. Les informations relatives aux soins prodigués à mon enfant dans son école peuvent être partagées avec d'autres organismes du district pour les besoins du programme afin de coordonner les soins de mon enfant et de recueillir des données à l'échelle du District, par exemple pour surveiller l'incidence de l'asthme ou d'autres tendances en matière de santé dans le District.
- Un étudiant âgé de plus de dix-huit (18) ans, ou un mineur émancipé, tel que défini par le Code officiel § 7-1231.02 (10) peut remplir ce formulaire pour lui-même et consentir légalement à tout service de santé scolaire.
- Conformément au règlement régissant le consentement aux soins des mineurs (22-B DCMR § 600.7), un mineur peut légalement donner son autorisation 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.
- Les consentements et reconnaissances contenus dans le présent document seront valables pendant toute la durée de l'inscription de l'enfant. Je peux retirer mon consentement à tout moment en envoyant une lettre signée et datée à l'école de l'enfant.
- Conformément aux dispositions du Code officiel du DC § 38-651.11, le District, l'établissement scolaire, ses employés et ses agents (y compris le personnel infirmier de l'établissement) ou le médecin praticien, l'auxiliaire médical ou l'infirmière expérimentée, qui a émis une ordonnance permanente, seront dégagés 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 suivants, à l'exception des actes criminels, des agissements intentionnels, des actes de négligence grave ou d'inconduite volontaire.



CONSENTEMENT AU PARTAGE DU REGISTRE DES PRÉSENCES AVEC LES PRESTATAIRES DE SOINS DE SANTÉ

Le projet CARE-H (Collaborative for Attendance Resources in Education and Health) est un partenariat entre les Écoles publiques du District de Columbia (DCPS) et les prestataires médicaux locaux pour les élèves inscrits aux DCPS qui sont actuellement des patients de l'hôpital pour enfants, Children's National Hospital. Le projet CARE-H vise à soutenir la santé des élèves et à réduire l'absentéisme, parce que des élèves en bonne santé sont mieux à même d'aller à l'école et d'apprendre. Pour que le projet CARE-H fonctionne, les établissements scolaires des DCPS doivent fournir des informations sur l'assiduité scolaire de mon enfant aux prestataires de soins primaires de mon enfant.

En signant ce consentement, vous autorisez les DCPS à partager de manière sécurisée les informations relatives à l'assiduité avec le ou les médecins, les infirmières et le personnel du cabinet médical de votre enfant. Ces informations aideront ces professionnels de la santé à fournir une assistance spéciale et une attention médicale aux élèves et à leur famille, le cas échéant. Elles permettront également aux DCPS de collaborer avec ces professionnels de la santé pour que mon enfant reste en bonne santé et réussisse à l'école.

Je confirme et comprends que j'aurai la possibilité d'examiner les dossiers et le droit de contester le contenu de ces dossiers.

Cette autorisation sera maintenue pendant toute la durée de l'inscription de mon enfant à un établissement des DCPS, à moins que je ne retire mon consentement par écrit. Je peux retirer mon consentement à tout moment. REMARQUE : Si les DCPS souhaitent partager ou discuter d'autres parties du dossier scolaire de mon enfant avec l'équipe médicale de ce dernier, il me sera demandé de fournir un consentement distinct.

Nom de l'élève (en caractères d'imprimerie) _____

Nom du parent/tuteur (en caractères d'imprimerie) _____

Signature du parent/tuteur ou élève si âgé de plus de 18 ans _____ **Date** _____