Programme de santé scolaire du département de l'Éducation de la ville de New York
Formulaire scolaire de consentement des parents (du 9e au 12e grade)

____ (École(s) couverte(s))

____ (HCSP)

____ (Adresse du HCSP)

Réservé à l'administration (Office Use Only)

STUDENT INFORMATION/RENSEIGNEMENTS SUR L'ÉLÈVE	RENSEIGNEMENTS SUR LE PÈRE/LA MÈRE OU LE TUTEUR
Nom de famille de l'élève : _____ Prénom de l'élève : _____ Date de naissance : ____/____/____ <i>Mois Jour Année</i> Numéro de sécurité sociale de l'élève : _____ Sexe : ☐ Masculin ☐ Féminin Grade _____ Ethnicité : ☐ Hispanique ☐ Noir ☐ Blanc ☐ Indien d'Amérique ☐ Asiatique / originaire des îles du Pacifique ☐ Autre _____ Adresse de l'élève : _____ <i>Ville État Code postal</i> Qui est le médecin traitant de l'élève ? Nom : _____ Téléphone : _____ Adresse : _____ _____	Mère Nom de famille : _____ Prénom : _____ Père Nom de famille : _____ Prénom : _____ Tuteur légal, si cela s'applique Nom de famille : _____ Prénom : _____ Lien du tuteur légal avec l'élève ☐ Grand-parent ☐ Tante ou Oncle ☐ Autre : _____ Coordonnées du parent ou tuteur Tél. du domicile : _____ Tél. professionnel : _____ Portable : _____ Coordonnées d'autres personnes à contacter en cas d'urgence Nom : _____ Lien avec l'élève : _____ Tél. du domicile : _____ Tél. professionnel : _____ Portable : _____

INFORMATIONS SUR L'ASSURANCE

Votre enfant est-il couvert par Medicaid ? ☐ Non ☐ Oui : N° d'identifiant Medicaid _____ Votre enfant est-il couvert par Child Health Plus ? ☐ Non ☐ Oui : N° d'identifiant CHP _____ Quel plan ? ☐ Affinity ☐ Fidelis ☐ Healthfirst ☐ Health Plus Amerigroup ☐ HIP ☐ MetroPlus ☐ WellCare ☐ UnitedHealthcare	Votre enfant bénéficie-t-il d'une assurance maladie proposée par votre employeur ou autre ? ☐ Non ☐ Oui, assurance maladie : _____ Identifiant d'adhérent / numéro de police : _____ Numéro de téléphone de l'assureur : _____ Si votre enfant n'est pas couvert par une assurance maladie, souhaitez-vous qu'un Assistant personnel autorisé du NY State of Health Marketplace vous contacte au sujet d'une souscription à une assurance maladie ? ☐ Non ☐ Oui Quel est le meilleur moment pour vous contacter ? _____
--	--

CONSENTEMENT DES PARENTS AUX SOINS DISPENSÉS PAR LES CENTRES DE SANTÉ DES ÉCOLES

J'ai lu et j'ai compris les informations sur les services des centres de santé des écoles listés page suivante (School-Based Health Center Services). En signant, je donne mon consentement pour que mon enfant reçoive les soins dispensés par le centre de santé (HCSP) de l'école.

REMARQUE : La loi n'exige pas le consentement des parents pour faire les dépistages obligatoires, les secours d'urgence, les soins prénataux, les services relatifs au comportement sexuel et à la prévention des grossesses et pour dispenser des soins aux élèves quand leur santé semble en danger. Le consentement des parents n'est pas requis pour les élèves âgés de 18 ans ou plus ou pour ceux qui ont des enfants eux-mêmes ou qui sont légalement émancipés. Ma signature prouve que j'ai reçu une copie de la Déclaration de Confidentialité des pratiques (Notice of Privacy Practices).

X _____
Signature du Parent / tuteur (ou de l'élève s'il (elle) est âgé(e) de 18 ans ou plus ou dans d'autres cas autorisés par la loi) **Date**

CONSENTEMENT DES PARENTS À DIVULGUER DES INFORMATIONS MÉDICALES CONFORMÉMENT À LA LOI HIPAA

J'ai lu et j'ai compris le texte sur la divulgation d'informations médicales en page 2 de ce formulaire. Ma signature indique mon consentement pour la divulgation des informations médicales comme spécifié.

X _____
Signature du Parent / tuteur (ou de l'élève s'il (elle) est âgé(e) de 18 ans ou plus ou dans d'autres cas autorisés par la loi) **Date**

MERCI DE BIEN LIRE LES DEUX CÔTÉS DE CE FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

_____ (École(s) couverte(s))

_____ (HCSP)

_____ (Adresse du HCSP)

SOINS DISPENSÉS PAR LES CENTRES DE SANTÉ DES ÉCOLES

Je donne mon consentement pour que mon enfant reçoive les soins médicaux dispensés par les professionnels de santé de _____ (HCSP), agréments par l'État et faisant partie du programme de la santé scolaire approuvé par le département de la Santé de l'État de New York. Je comprends que, conformément à la loi, la confidentialité entre l'élève et le prestataire des soins médicaux sera garantie dans certains domaines, et que les élèves seront encouragés à impliquer leurs parents ou tuteurs dans les consultations et les décisions concernant les soins médicaux. Les centres de santé des écoles peuvent faire, entre autres :

1. des soins médicaux obligatoires dans les écoles, notamment : le dépistage des troubles de la vue (et la prescription de lunettes), des troubles auditifs, de l'asthme, de l'obésité, de la scoliose, de la tuberculose et d'autres problèmes de santé ainsi que les secours d'urgence et les vaccinations obligatoires et recommandées.
2. des examens médicaux complets y compris ceux requis pour être scolarisé, pour les activités sportives, pour les contrats de travail/stage et autres, et pour les nouveaux inscrits.
3. les tests de laboratoire prescrits par un médecin tels que les tests de dépistage d'anémie, de drépanocytose et du diabète.
4. les soins et traitements médicaux, notamment le diagnostic d'une maladie grave ou chronique, la distribution et la prescription de médicaments.
5. les soins de santé mentale notamment l'évaluation, le diagnostic, le traitement et l'orientation ou recommandation (referrals).
6. selon l'âge des élèves, les soins gynécologiques et l'éducation à la sexualité, notamment les conseils sur l'abstinence, la contraception [distribution de pilules contraceptives, de préservatifs, du médicament Depo (injection) entre autres méthodes], les tests de grossesse, le dépistage et traitement des maladies sexuellement transmissibles (MST), le dépistage du VIH, le frottis (PAP smears) et l'orientation vers d'autres soins en cas de résultats anormaux.
7. la consultation et l'éducation à la santé pour la prévention de comportements à risques tels que : la consommation de drogue, d'alcool ou du tabac ainsi que la sensibilisation, selon l'âge des élèves, à l'abstinence et à la contraception, aux maladies sexuellement transmissibles et au VIH.
8. les examens et soins dentaires notamment : le diagnostic, le traitement et le scellement des sillons (un produit qui protège contre les caries) si c'est possible.
9. l'orientation et la recommandation (Referrals) pour les services que le centre de santé de l'école ne dispense pas.
10. le questionnaire/sondage annuel sur la santé.

DÉPARTEMENT DE L'ÉDUCATION DE LA VILLE DE NEW YORK

FICHE D'INFORMATION SUR LE CONSENTEMENT DES PARENTS À LA DIVULGATION D'INFORMATIONS MÉDICALES CONSENTEMENT DES PARENTS À DIVULGUER DES INFORMATIONS MÉDICALES CONFORMÉMENT À LA LOI HIPAA

Ma signature au dos de ce formulaire autorise la divulgation des informations médicales. Ces informations peuvent être protégées de la divulgation par les lois fédérales sur la confidentialité et par les lois de l'État.

En signant ce formulaire de consentement, j'autorise la divulgation des informations médicales au Conseil de l'Éducation de la ville de New York (ou département de l'Éducation de la ville de New York), conformément aux lois ou aux dispositions réglementaires du Chancelier ou pour assurer la santé et la sécurité de l'élève. À ma demande, l'établissement ou la personne qui envisage de divulguer ces informations médicales doit me fournir une copie de ce formulaire. La loi exige des parents de fournir certaines informations à l'école, notamment la preuve que l'élève a été vacciné. Ne pas fournir cette information peut entraîner l'exclusion de l'élève de l'école.

J'ai obtenu toutes les réponses à mes questions concernant ce formulaire. Je comprends que je ne suis pas dans l'obligation de permettre la divulgation des informations médicales sur mon enfant et que je peux changer d'avis à tout moment et retirer mon autorisation en écrivant au centre de santé de l'école. Cependant, si le retrait de l'autorisation survient après la divulgation des informations, il ne peut être rétroactif et ne peut par conséquent couvrir les informations divulguées avant le retrait de l'autorisation.

J'autorise le centre de santé _____ (HCSP) de l'école à divulguer certaines informations médicales spécifiques de l'élève nommé(e) au dos de cette page au Conseil de l'Éducation de la ville de New York (ou département de l'Éducation de la ville de New York).

Je consens à l'échange des informations médicales indiquées ci-dessous, entre le centre de santé de l'école et le département de l'Éducation de la ville de New York (dans les deux sens), pour satisfaire aux obligations réglementaires et assurer que l'école dispose des informations nécessaires pour la protection de la santé et de la sécurité de mon enfant. Je comprends que ces informations resteront confidentielles conformément aux lois fédérales et de l'État ainsi qu'aux dispositions réglementaires du Chancelier :

Informations exigées par les lois ou dispositions réglementaires du Chancelier

- examen des nouveaux élèves (formulaire 211S)
- vaccinations
- résultats d'examens de vision et d'audition
- résultats des tests de tuberculine

Informations pour assurer la santé et la sécurité des élèves :

- problèmes de santé potentiellement urgents traitement médical (formulaire 103S)
- problèmes de santé qui limitent l'activité quotidienne (formulaire 103S)
- diagnostic de certaines maladies contagieuses (ne comprenant pas l'infection au VIH/les infections sexuellement transmissibles et autres services confidentiels protégés par la loi).
- couverture assurance-santé
- inscription au centre de santé de l'école
- programme d'éducation personnalisé (Individualized Education Program, IEP)

Ma signature en page 1 de ce formulaire autorise également _____ (HCSP) à contacter d'autres prestataires qui ont examiné mon enfant et obtenir les informations sur son assurance.

Période au cours de laquelle la divulgation des informations est autorisée :

Du : Date de la signature en page ci-contre du formulaire

Au : Date à laquelle l'élève n'est plus inscrit au SBHC

MERCI DE BIEN LIRE LES DEUX CÔTÉS DE CE FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

MERCI DE BIEN LIRE LES DEUX CÔTÉS DE CE FORMULAIRE DE CONSENTEMENT