Écoles publiques de Dayton

Formulaire d'inscription et de consentement à vie au centre de santé scolaire **(French rév. 03.24)**

Les écoles publiques de Dayton (DPS) s'associent à de nombreux organismes communautaires pour offrir des services de santé supplémentaires en milieu scolaire.
Ce formulaire unique remplace bon nombre des différents formulaires d'autorisation requis pour fournir ces services à votre enfant.
Les soins infirmiers scolaires et les services d'urgence seront toujours fournis, que vous choisissiez ou non de participer à ces services supplémentaires. Certains services supplémentaires peuvent ne pas être disponibles dans tous les bâtiments scolaires. Vérifiez auprès de votre infirmière scolaire la capacité de service. Ces services de santé fournissent des soins de santé de qualité dans un cadre scolaire convivial, pratique et familier à un moment qui convient à l'élève et à sa famille.
Nous n'essayons pas de remplacer votre source habituelle de soins de santé ou votre fournisseur de soins primaires actuel.

Nom du patient/étudiant (prénom, second prénom, nom de famille)		Nom préféré de l'étudiant	
Adresse de rue	Ville	Etat	Code postal
Numéro de téléphone (avec indicatif régional)	Date de Naissance (Mois/Jour/Année)	Noter	Nom de l'école

Consentement au traitement par les services de santé

Je consens à ce que les prestataires participant aux Services de santé complémentaires en milieu scolaire effectuent les services/traitements suivants pour mon enfant: (Cochez chaque service que vous souhaitez mettre à disposition de votre enfant.)

Santé médicale/comportementale	☐	Soins et traitement des blessures/maladies, examens physiques (bien-être de l'enfant ou sports), vaccination contre l'influenza (grippe)
	☐	Immunisation contre le méningocoque (obligatoire pour les 7e et 12e années)
	☐	Immunisation Tdap (obligatoire pour la 7e année)
		Autres vaccinations (adaptées à l'âge, conformément au calendrier de vaccination de l'American Academy of Pediatrics ☐ DTaP/Td ☐ Polio ☐ Hepatitis B ☐ MMR ☐ Varicella ☐ Hepatitis A ☐ HPV ☐ Pneumococcal conjugate ☐ Hib
	☐	Test de grossesse
	☐	Dépistage des infections sexuellement transmissibles (IST/MST), éducation et/ou traitement
	☐	Contrôle des naissances
	☐	Conseil en santé mentale/comportementale
Dentaire	☐	Dépistage dentaire gratuit et scellants pour les 2e et 6e années et une vérification du scellant l'année scolaire prochaine et une nouvelle demande si nécessaire)
	☐	Examen dentaire, dépôt dentaire
Vision	☐	Examen de la vue, y compris la dilatation (des gouttes sont utilisées pour agrandir la pupille), la thérapie visuelle, l'ajustement et la distribution de lunettes et l'élimination des corps étrangers cornéens (retirer quelque chose de la couche externe transparente et protectrice de l'œil)

En signant ce consentement pour le traitement des services de santé, j'accepte les termes et conditions concernant l'autorisation de divulguer des informations et la cession des prestations d'assurance, comme expliqué dans ce formulaire de consentement. Je reconnais également avoir reçu des informations sur la façon de recevoir l'avis de pratiques de confidentialité, comme expliqué dans ce

consentement. J'ai également reçu et compris les services disponibles tels que décrits dans le document Informations sur les services de santé supplémentaires en milieu scolaire pour les parents et les élèves qui est disponible sur le site Web des centres de santé communautaires du Grand Dayton (CHCGD) et des centres de santé de Five Rivers (FRHC).

Je comprends que je serai informé de tous les services que mon enfant reçoit, ainsi que de tout résultat anormal et/ou d'autres recommandations de traitement. Je comprends également que je dois contacter l'infirmière de l'école si j'ai des questions sur les soins de suivi ou les instructions nécessaires. Pour les services fournis par les centres de santé, je comprends que je dois appeler le numéro de téléphone indiqué sur le résumé après visite qui a été envoyé à la maison avec mon enfant. Je comprends que ce consentement restera valide tant que l'enfant reste un élève dans les écoles publiques de Dayton, sauf révocation de ma part. Je peux révoquer ce consentement au traitement à tout moment en demandant par écrit que les services de santé supplémentaires en milieu scolaire retirent mon enfant des services. J'ai reçu ce document, Informations sur les services de santé supplémentaires en milieu scolaire pour les parents et les élèves, qui comprend les agences fournissant des services, et je comprends les services disponibles. Il est de ma responsabilité d'informer l'infirmière de l'école de toutes les mises à jour ou modifications apportées à l'état de santé de mon enfant, aux dossiers de vaccination, aux médicaments ou à la couverture d'assurance.

Personne remplissant le formulaire (imprimé):_____ Date: _____

Signature: _____ Relation à l'enfant : _____

_____

Informations sur l'assurance médicale

Veuillez encercler la compagnie d'assurance indiquée ci-dessous qui couvre votre enfant. Certains services de santé supplémentaires en milieu scolaire sont fournis gratuitement aux familles, que l'élève ait ou non une assurance ou la capacité payer. Vous pouvez recevoir une facture pour certains services s'ils ne sont pas couverts par une assurance.

Régimes de soins gérés par Medicaid (encerclez-en un ci-dessous) :

AmeriHealth Caritas Ohio | Anthem | buckeye health plan | CareSource | Humana Healthy Horizons in Ohio | UnitedHealthcare Community Plan

ID de soins gérés# _____ Aide médicale de l'Ohio #_____

Informations sur le patient:			
Nom du patient/étudiant (prénom, second prénom, nom de famille)		Nom préféré de l'étudiant	
Sécurité sociale #	Date de naissance		

Responsable (Obligatoire pour les patients de moins de 18 ans ou lorsque le garant n'est pas le patient):			
Nom (prénom, second prénom, nom de famille)	Sécurité sociale #	Date de naissance	Relation
Adresse de facturation du patient ou de la partie responsable App. #	Ville	Etat	Code Postal
Téléphone fixe ( )	Autre numéro de téléphone ( )	Ami de la famille ( )	
Adresse e-mail			

Assurance privée (autre que Medicaid):

Compagnie d'assurance _____ Nom du titulaire de la police _____

Lien avec l'étudiant _____Date de naissance _____Date d'entrée en vigueur _____

Co-paiement $ _____Politique # _____

Assurance secondaire :

Compagnie d'assurance _____ Nom du titulaire de la police _____

Lien avec l'étudiant _____Date de naissance _____Date d'entrée en vigueur _____

Co-paiement $ _____Politique # _____

Les centres de santé communautaires du Grand Dayton et les centres de santé de Five Rivers sont des centres de santé agréés par le gouvernement fédéral. Nous sommes tenus de collecter les revenus et autres informations démographiques de notre population de patients. Toutes les informations sont confidentielles et nous ne sommes tenus de déclarer que des numéros, pas des noms de patients.

Une taille de famille est votre famille immédiate qui vit dans votre maison dont vous êtes légalement responsable et les enfants pour lesquels vous payez une pension alimentaire qui ne vivent pas dans votre maison. Nous vous demanderons de mettre à jour ces informations chaque année.

Veuillez encercler la taille de votre famille et votre revenu familial dans le tableau ci-dessous:

Taille de la famille	Annuel Revenu inférieur à	Annuel Revenu entre	Annuel Revenu entre	Revenu annuel entre	Revenu annuel entre
1	$15,060	$15,061-18,824	$18,825-22,589	$22,590-26,354	$26,355-30,120
2	$20,040	$20,041-25,549	$25,550-30,659	$30,660-35,769	$35,770-40,880
3	$25,820	$25,821-32,274	$32,275-38,729	$38,730-45,185	$45,186-51,640
4	$31,200	$31,201-38,999	$39,000-46,799	$46,800-54,599	$54,600-62,400
5	$36,580	$36,581-45,724	$45,725-54,869	$54,870-64,014	$64,015-73,160
6	$41,960	$41,961-52,449	$52,450-62,939	$62,940-73,429	$73,430-83,920
7	$47,340	$47,341-59,174	$59,175-71,009	$71,010-82,844	$82,845-94,680
8	$52,720	$52,721-65,899	$65,900-79,079	$79,080-92,259	$92,260-105,440

Informations démographiques sur les étudiants

Sexe: ☐ Mâle ☐ Femelle ☐ Préfère se décrire : _____

Origine ethnique : Hispanique/Latino (cochez une case) ☐ Oui ☐ Non

Race: Veuillez cocher tout ce qui s'applique à votre enfant:

☐ Noir ou afro-américain ☐ Blanc ☐ Asiatique ☐ Hawaïen natif / insulaire du Pacifique

☐ Amérindien/Autochtone de l'Alaska ☐ Autre: _____

Langue principale des étudiants ☐ Anglais ☐ Espagnol ☐ Russe ☐ Turc ☐ Kinyarwanda ☐ Français ☐ Arabe

☐ Autre: _____

Accord de facturation

Nom d'étudiant _____ Date de Naissance_____

Assurance santé

Je suis conscient qu'il est de ma responsabilité en tant que patient de fournir une copie de mes informations d'assurance aux centres de santé communautaires du Grand Dayton et/ou aux centres de santé de Five Rivers.

Auto-paiement (non assuré ou sous-assuré):

Je suis conscient qu'il est de ma responsabilité de remplir la demande de frais variables et de retourner ma preuve de revenu dans les 30 jours suivant ma visite ou je serai responsable de 100% de ma facture.

Co-paiement/frais nominaux:

Je suis conscient que mon co-paiement/frais nominaux est de ma responsabilité. Je peux payer en espèces, par chèque ou par carte de crédit.

Déclarations

Je suis conscient que je ne recevrai que deux (2) relevés et un (1) relevé en souffrance (un total de 3 relevés) avant que mon compte ne soit envoyé à une agence de recouvrement externe. Je suis conscient que si les centres de santé communautaires du Grand Dayton et/ou les centres de santé de Five Rivers reçoivent un courrier retourné parce que je n'ai pas fourni une adresse de facturation correcte/mise à jour, je peux être envoyé à une agence de recouvrement extérieure.

Accord de paiement

Je suis conscient que s'il y a un solde dû, je peux mettre en place un « arrangement de paiement » si je ne suis pas en mesure de payer intégralement. Je suis également conscient que si je ne mets pas en place un plan de paiement avec les centres de santé communautaires du Grand Dayton et/ou les centres de santé de Five Rivers ou si je n'effectue pas mes paiements programmés, je peux être envoyé à une agence de recouvrement extérieure.

Collections:

Je suis conscient que si je suis envoyé à une agence de recouvrement extérieure deux (2) fois, je peux être libéré de
la pratique et je ne pourrai plus recevoir de services au CHCGD et/ou au FRHC.

Autorisation financière:

J'autorise le paiement directement au CHCGD et au FRHC et/ou aux médecins ou à leurs délégués des prestations spécifiées dans les présentes et qui me sont autrement payables, mais sans dépasser les frais réguliers. Je comprends que je suis responsable de
tous les frais jusqu'au paiement intégral des factures et/ou le solde des frais n'est pas couvert par l'assurance.

Ma signature, ou celle de mon représentant autorisé, indique que j'ai lu, compris et accepté les conditions ci-dessus et ce consentement pour les soins au CHCGD et au FRHC remplace tout autre consentement financier qui aurait pu être signé.

_____ _____

Signature du patient ou Représentant légal ou agent | Date | Relation avec l'étudiant

Nouvelle histoire de patient

Nom d'étudiant _____ Date de Naissance_____

Date du dernier examen physique ou bien-enfant de l'étudiant	☐ Mon enfant n'a pas passé d'examen physique ou de bien-être au cours des 12 derniers mois
Fournisseur de soins primaires	Emplacement du fournisseur
Autre fournisseur	Emplacement de l'autre fournisseur
Vu par d'autres fournisseurs pour	
Dentiste	Emplacement du dentiste
Pharmacie préférée	Emplacement de la pharmacie
Toutes les chirurgies depuis la naissance	

Votre enfant a-t-il des allergies ☐ Oui ☐ Non (Si oui, expliquez ci-dessous*)*

Allergies	Décrire les réactions

Y a-t-il quelqu'un à la maison qui fume ou vape ?	☐ Oui ☐ Non À l'intérieur? ☐ Oui ☐ Non En plein air? ☐ Oui ☐ Non

Histoire de famille

Veuillez énumérer ci-dessous tous les problèmes médicaux que chaque membre de la famille a eus.

Mère:	
Père	
Grand-mère : encerclez un : Côté maman Côté papa	
Grand-père : encerclez un : Côté maman Côté papa	
Frères	
Sœurs	

Maladie de la varicelle (âge) □ Oui □ Non	Histoire du syndrome de Guillain-Barré □ Oui □ Non
Chirurgie ou admission à l'hôpital l'année dernière □ Oui □ Non	Convulsions (épilepsie) □ Oui □ Non Date de la dernière saisie :
*Problème psychologique ou d'humeur □ Oui □ Non	* Problème au cerveau ou au système nerveux □ Oui □ Non
Problèmes de développement □ Oui □ Non	Asthme □ Oui □ Non
Étourdissements/évanouissement/évanouissement □ Oui □ Non	Fibrose kystique □ Oui □ Non
Problème cardiaque □ Oui □ Non	*Problème pulmonaire ou respiratoire □ Oui □ Non
Drépanocytose □ Oui □ Non	Maladie du foie □ Oui □ Non
* Problème du système immunitaire : □ Oui □ Non	*Problème gastro-intestinal ou d'estomac □ Oui □ Non
*Trouble de la coagulation □ Oui □ Non	Maladie du rein □ Oui □ Non
* Maladie du sang □ Oui □ Non	* Problème de vessie ou urinaire □ Oui □ Non
Diabète de type 1 □ Oui □ Non	Enceinte (filles uniquement) □ Oui □ Non
Diabète de type 2 □ Oui □ Non	* Autres problèmes/préoccupations □ Oui □ Non
Trouble endocrinien □ Oui □ Non	
***Veuillez expliquer les éléments étoilés ci-dessus**	

Pratiques de confidentialité et autorisation de divulguer des informations

Nom d'étudiant _____ Date de Naissance_____

Avis de reconnaissance des pratiques de confidentialité : J'ai été informé que je peux demander une copie des formulaires d'avis de pratiques de confidentialité pour les centres de santé communautaires du Grand Dayton et les centres de santé de Five Rivers dans n'importe quel bâtiment du DPS. Je sais que je peux également les consulter en ligne sur www.communityhealthdayton.org et www.fiverivershealthcenters.org. Des copies du formulaire de consentement sont disponibles à l'école de mon enfant et des formulaires vierges sont également disponibles sur www.dps.k12.oh.us

Autorisation de divulguer des informations: J'autorise le CHCGD, le FRHC ou le DPS à échanger des informations avec les assureurs, l'organisme d'indemnisation, l'établissement de santé, l'organisme d'aide sociale, le prestataire de soins de santé, la ou les infirmières scolaires du DPS, le conseiller scolaire et/ou l'assistante sociale scolaire, aux fins exclusives d'aide financière. l'assistance, la continuité des soins médicaux ou la coordination des soins. Les vaccinations administrées seront saisies dans le système d'information sur la vaccination à l'échelle de l'État (Ohio ImpactSIIS). La divulgation d'informations sur l'abus d'alcool et de drogues est protégée par les règles fédérales de confidentialité (42 CFR, partie 2) sans le consentement écrit de la personne à laquelle elles se rapportent ou autrement autorisé. Les règles fédérales restreignent également toute utilisation des informations pour enquêter ou poursuivre pénalement tout patient toxicomane ou alcoolique (52 FR 21809, 9 juin 1987; 52 FR 41997, 2 novembre 1987. Aucune divulgation d'informations concernant le SIDA, le test ou le diagnostic du VIH Les services de santé complémentaires en milieu scolaire peuvent utiliser les dossiers médicaux des élèves pour évaluer la qualité des soins fournis et l'efficacité de l'offre de ces services. Les dossiers de mon enfant sont protégés et ne sont accessibles qu'aux utilisateurs autorisés disposant d'un accès restreint . Je comprends que cette autorisation restera valide tant que l'enfant est un élève des écoles publiques de Dayton, sauf révocation de ma part. Je peux révoquer cette autorisation à tout moment en fournissant un avis écrit pour retirer mon enfant de ces services de santé supplémentaires en milieu scolaire.

Informations sur l'assurance : Une assurance ou d'autres programmes de couverture des soins de santé sont facturés dans la mesure du possible pour aider à couvrir le coût des soins.
Certains services de santé supplémentaires en milieu scolaire sont fournis gratuitement aux familles, que l'élève ait ou non une assurance ou la capacité payer. Je donne aux centres de santé communautaires du Grand Dayton et aux centres de santé de Five Rivers le droit de soumettre des demandes de remboursement en vertu de toute police d'assurance maladie privée, Medicare, Medicaid ou tout autre programme que j'identifie pour lequel une prestation peut être en mesure de payer les services fournis à mon enfant par le biais des services de santé complémentaires en milieu scolaire.

☐ J'ACCEPTE d'autoriser les centres de santé communautaires du Grand Dayton et les centres de santé de Five Rivers à accéder aux dossiers scolaires, de présence et de comportement individuels de mon enfant pour les années scolaires en cours et précédentes, afin qu'ils puissent fournir de meilleurs services à mon enfant.

☐ JE N'ACCEPTE PAS d'autoriser les centres de santé communautaires du Grand Dayton et les centres de santé de Five Rivers à accéder aux dossiers scolaires, de présence et de comportement individuels de mon enfant pour les années scolaires en cours et précédentes, afin qu'ils puissent fournir de meilleurs services à mon enfant.

Ce consentement est valable jusqu'à ce que l'enfant atteigne l'âge de la majorité ou ne soit plus élève dans une école publique de Dayton. Ce consentement peut être révoqué à tout moment par le parent/tuteur autorisé à agir au nom du patient, sauf dans la mesure où toutes les organisations ont déjà pris des mesures en se fondant sur ce consentement.

Je comprends que les deux organisations ne discuteront pas de mes soins médicaux ou de mes informations de facturation avec quiconque ne figurant pas sur ce consentement. Ci-dessous, veuillez énumérer les personnes auxquelles nous pouvons divulguer des informations.

Nom Relation avec l'étudiant Nom Relation avec l'étudiant

1._____ 2. _____

3._____ 4. _____

Relation parent/tuteur avec l'étudiant (si l'étudiant/le patient a moins de 18 ans): □ Mère □ Père □ Tuteur légal

Parent/tuteur (imprimé)	Parent/Tuteur (Signature)	Date

Étudiant/Patient (en caractères d'imprimerie) (si 18 ans ou plus)	Étudiant/Patient (Signature) (si 18 ans ou plus)	Date