

Accord d'échange d'information

Enfant/Elève (nom légal complet) _____ Date de naissance _____

Nous fournissons les services de santé en équipe : parents, médecins, infirmières, dentistes et éducateurs. Nous voulons également protéger la confidentialité des élèves et de leurs familles en accord avec la loi de vie privée (*Privacy Act of 1974*). En signant ce document, vous autorisez les individus/agences ci-dessous à discuter des besoins de votre enfant et à partager les informations de santé physique et mentale. Si vous avez des questions, n'hésitez pas à appeler une coordinatrice de la clinique au 319- 631-3204.

J'autorise les agences/organismes ci-dessous à échanger, entre eux pour des raisons médicales, sur des informations écrites ou verbales concernant mon enfant avec la clinique de *Healthy Kids School-Based Health Clinics*.

- Le médecin/Professionnel de santé de votre enfant**
- Johnson County Public Health** Phone 319-356-6040 Fax 319-339-6176
- L'école de votre enfant** Phone 319-688-1000 Fax 319-688-1009
- Grant Wood Area Education Agency** Phone 319-351-2110 Fax 319-664-3636
- Autre _____

Divulguer les informations à: **Healthy Kids School-Based Health Clinics** Phone 319-631-3204 Fax 319-688-1009
1725 N. Dodge St. Iowa City, IA 52245

Informations à envoyer: _____

(Une copie de ce document a la même valeur que l'original. La personne de contact va envoyer des copies de ce document aux individus/agences/organismes ci-dessus étant responsables de divulguer l'information demandée.)

Je comprends que le personnel de *Healthy Kids Clinic* peut me montrer les informations divulguées sur demande. J'ai le droit de contrôler les informations envoyées à l'*ICCSA Healthy Kids School-Based Health Clinic* et le droit de révoquer ce consentement en tout temps. Les documents partagés sont protégés par la loi de l'état et la loi fédérale et ne peuvent pas être divulgués à nouveau.

Avant de donner votre autorisation, merci de lire soigneusement le suivant : Cette autorisation est valide jusqu'à ce que votre enfant ait l'âge de 18 ans ou jusqu'à la révocation de celle-ci, selon la première éventualité. Vous pouvez révoquer cette autorisation, à l'écrit, à tout moment. Cependant, la révocation ne peut pas s'appliquer aux informations auparavant partagées.

Avis de la transférabilité d'assurance maladie et de la loi de responsabilité (*Health Insurance Portability and Accountability Act-HIPAA*)/ La loi du droit à l'éducation familiale et à la vie privée (*Family Educational Rights and Privacy Act-FERPA*)

Toute information qui peut identifier les enfants et les familles recevant des services d'éducation spéciale financés sous la loi d'éducation des individus handicapés est protégée d'une divulgation non autorisée par le FERPA. Les informations personnelles identifiables protégées par FERPA sont spécifiquement exemptées de normes (standards) de vie privée HIPAA. FERPA interdit la révélation d'informations personnelles identifiables sans consentement parental sauf dans des circonstances limitées, exige que l'avis soit fourni à la famille de l'enfant quant à leurs droits de vie privée, exige que les prestataires gardent les rapports (records) d'accès aux rapports (records) d'un enfant, et contient la plainte et les procédures d'appel qui s'appliquent aux discussions de rapports (records) dans la possession d'enseignement spécialisé ou ses prestataires, parmi d'autres dispositions (fournitures). Tous les prestataires d'enseignement spécialisé respectent ces procédures.

Notification aux bénéficiaires sur l'information de santé mentale

Conformément à l'acte de révélation d'informations de santé mentale de l'Iowa (*le Code d'Iowa, le Chapitre 228*), un bénéficiaire d'informations de santé mentale peut redivulguer ces informations seulement avec l'autorisation écrite du sujet ou du représentant légal du sujet ou sous autres conditions présentées dans *les chapitres 228 et 220*. Toute révélation non autorisée est illégale et des dommages civils ainsi que des sanctions criminelles peuvent être appliqués. Les règles de confidentialité fédérales (*42 Partie 2 CFR*) limitent toute utilisation d'informations à toute investigation criminelle ou poursuite judiciaire pour abus d'alcool ou de drogue d'un patient.

Notification aux bénéficiaires sur l'information à la toxicomanie

Cette information a été divulguée selon des rapports dont la confidentialité est protégée par la loi fédérale. Le code d'Iowa (*Chapitre 125*) et les règlements Fédéraux (*42 CFR, la Partie 2*) interdisent toute révélation future sans le consentement écrit spécifique de la personne à qui les informations appartiennent, ou comme autrement permis par la loi et les réglementations. Les règles de confidentialité fédérales (*42 Partie 2 CFR*) limitent toute utilisation d'informations à toute investigation criminelle ou poursuite judiciaire pour abus d'alcool ou de drogue d'un patient.

Signature Parent/Tuteur

Date

Signature du témoin

Date

Formulaire de consentement pour les services médicaux

Un étudiant doit avoir un formulaire de consentement signé avant d'être traité à *ICCSD Healthy Kids School-Based Health Clinics*. Complétez, s'il vous plaît, les informations suivantes, **signez les formulaires à l'endroit indiqué (X) et retournez-les à l'école ou à la clinique.**

GENERAL

Prénom/nom de l'étudiant _____ École _____
 Date de naissance _____ Adresse _____
 Nom du Parent / Tuteur _____ Téléphone (principal) _____
 Professionnel de la santé / Médecin _____
 Assurance Maladie (nom/numéro d'attestation) _____

CONSENTEMENT

Je donne mon consentement pour que mon enfant reçoive des soins médicaux de la part de *ICCSD Healthy Kids School-Based Health Clinics* y compris le traitement avec des médicaments sans ordonnance. L'autorisation pour que mon enfant reçoive ces services restera en vigueur jusqu'à ses 18 ans à moins qu'une révocation écrite par un parent ou un tuteur soit présentée. Si j'ai demandé que mon enfant ait un examen physique de routine ou pour les activités sportives, je comprends qu'il lui sera offert de faire un examen approprié à son âge dans le cadre de nos services généraux. Je comprends que toutes les informations sur mon enfant sont confidentielles et seront traitées conformément à des pratiques médicales acceptables et selon les lois fédérales et d'états quant à la vie privée.

Signature Parent / Tuteur

Date

Je donne mon consentement à *ICCSD Community Care School-Based Health Clinic* staff pour:

Donner des vaccins à mon enfant: **Oui / Non**

Donner le vaccin contre la grippe à mon enfant: **Oui / Non**

ICCSD

Je donne mon consentement au personnel de l'*ICCSD Healthy Kids Community Care School-Based Health Clinic* pour le partage des informations concernant la santé de l'enfant nommé ci-dessus avec l'école de l'enfant l'infirmier/personnel de *ICCSD Health Services* par fax, téléphone, etc.

Signature du Parent / Tuteur

Date

Transport

Je donne mon consentement pour que mon enfant soit transporté pour des services médicaux si je ne suis pas disponible.

Signature du Parent / Tuteur

Date