

Écoles Publiques de Brockton
Formulaire d'information confidentielle en cas d'urgence pour les étudiants
(Toutes les informations doivent être complétées – Ne laissez pas de vide)

Nom de l'élève : Date de naissance : Niveau scolaire :
Home Room/Professeur : Carte d'étudiant/numéro de déjeuner : (BHS) Bâtiment :

Adresse du domicile/ville :

1. Parent/tuteur :	Relation avec l'élève		
Téléphonie résidentielle :	Téléphone cellulaire :	Téléphone professionnel :	E-mail :

2. Parent/tuteur :	Relation avec l'élève		
Téléphonie résidentielle :	Téléphone cellulaire :	Téléphone professionnel :	E-mail :

3. Contact d'urgence supplémentaire (local si possible)

1. Contact :	Téléphonie résidentielle :	Téléphone cellulaire :	Téléphone professionnel :
--------------	----------------------------	------------------------	---------------------------

2. Contact :	Téléphonie résidentielle :	Téléphone cellulaire :	Téléphone professionnel :
--------------	----------------------------	------------------------	---------------------------

****Veuillez indiquer s'il existe des restrictions parentales (ordonnance d'éloignement actuelle) :**

Les réglementations de l'État du Massachusetts 102 CMR 7.07, 105 CMR 220 et CMR 200 exigent que tous les élèves de la maternelle à la 12e année soient entièrement vaccinés et passent un examen physique à leur entrée à l'école et tous les 3 ans par la suite. Veuillez fournir les informations requises à votre infirmière scolaire.

Problèmes médicaux ou de santé mentale/Allergies : **(Si aucun problème médical/de santé mentale n'est indiqué N/A)**

Conditions :

Allergies :

Appareils/équipements fonctionnels :

Médicaments (donnés à la maison ; et ceux à donner à l'école)

Médecin : **(Ne laissez pas vide, si aucun médecin, indiqué N/A)**

Nom du médecin : Numéro de téléphone du médecin :

Adresse du médecin :

Assurance maladie : **(Ne laissez pas vide, si aucune assurance, indiqué N/A)**

Fournisseur d'assurance : Numéro de police d'assurance

Veuillez informer l'infirmière de l'école si vous avez besoin d'aide pour obtenir un médecin ou une assurance maladie.

ACCORDS DE PUBLICATION : Veuillez visiter : bpsma.org/departments/health-services ; pour examiner les documents suivants dans leur intégralité : informations sur le partage des informations sur les infirmières, ordres permanents des médecins ; Médicaments/traitements sur ordonnance, accord de santé de Mass Health (résumé au verso)

L'INFIRMIÈRE PARTAGE L'INFORMATION

J'autorise l'infirmière de l'école à partager des informations médicales avec le personnel scolaire approprié et à contacter le médecin de mon enfant si nécessaire.

(RETOURNEZ ET LIRE S'IL VOUS PLAÎT)

RÈGLEMENT:

Je donne la permission à l'infirmière de l'école d'administrer les médicaments suivants prescrits par le médecin des Écoles Publiques de Brockton :

- | | | |
|--|---------|---------|
| 1. Tylenol pour le traitement de la douleur et/ou de la fièvre | ___ Oui | ___ Non |
| 2. Crème ou pommade à la cortisone pour les éruptions cutanées | ___ Oui | ___ Non |
| 3. Benadryl pour les signes et symptômes de démangeaisons/allergies | ___ Oui | ___ Non |
| 4. Crème triple antibiotique pour les coupures et abrasions mineures | ___ Oui | ___ Non |
| 5. Crème solaire minimum de 15 SPF (fournie par le parent) | ___ Oui | ___ Non |
| 6. EpiPen en cas d'anaphylaxie inconnue | ___ Oui | ___ Non |
| 7. Anbesol Oral pour les douleurs buccales/dentaires | ___ Oui | ___ Non |
| 8. Sulfate d'Albutérol pour l'asthme | ___ Oui | ___ Non |
| 9. Tums pour maux d'estomac et/ou brûlures d'estomac | ___ Oui | ___ Non |
| 10. Narcan en cas de surdose de drogue | ___ Oui | ___ Non |

MÉDICAMENTS/TRAIITEMENTS SUR ORDONNANCE

J'autorise l'infirmière scolaire à administrer tout médicament ou traitement prescrit par un médecin/prestataire médical pour lequel une ordonnance officielle a été reçue.

CONSENTEMENT PARENTAL POUR ACCÉDER AUX PRESTATIONS MASSHEALTH (MEDICAID) (Ceci est un résumé)

Le district scolaire vous demande la permission/consentement pour partager des informations sur votre/vos enfant(s) avec MassHealth (**Mass Health Agreement**). Les informations que nous partagerons sont l'identifiant MassHealth, le nom, la date de naissance, le sexe, le type de services fournis, la date à laquelle le service a été fourni. fournis et par qui.

Les districts scolaires du Massachusetts ont été autorisés à recevoir un remboursement partiel de MassHealth pour les coûts des services liés à la santé fournis par le district scolaire à votre/vos enfant(s).

Avec votre autorisation, le district scolaire pourra demander un remboursement partiel des services fournis par MassHealth.

Le district scolaire ne peut pas partager avec MassHealth des informations sur votre enfant sans votre autorisation.

1. Le district scolaire ne peut pas exiger que vous vous inscriviez à MassHealth pour que votre enfant reçoive les services de santé et/ou d'éducation spécialisée auxquels votre enfant a droit.
2. Le district scolaire ne peut pas vous demander de payer quoi que ce soit pour le coût des services de santé et/ou d'éducation spécialisée de votre enfant. Le district scolaire ne peut pas exiger que vous payiez un copaiement ou une franchise afin de pouvoir facturer MassHealth pour les services fournis.
3. Si vous autorisez le district scolaire à partager des informations et demandez un remboursement à MassHealth :
 - a. Cela n'affectera pas la couverture à vie disponible pour votre enfant ou les autres avantages MassHealth en dehors de l'école.
 - b. Votre autorisation n'affectera pas les services d'éducation spécialisée ou les droits IEP de votre enfant.
 - c. Votre autorisation n'entraînera aucun changement dans les droits MassHealth de votre enfant.
 - d. Votre autorisation n'entraînera aucun risque de perte d'éligibilité aux autres programmes financés par Medicaid ou MassHealth.

Vous avez le droit de changer d'avis et de retirer votre autorisation à tout moment (VEUILLEZ CONSULTER LE DOCUMENT COMPLET SUR LE SITE WEB DE BPS) : www.bpsma.org/departments/health-services : Accords de publication

___ **J'ai lu et examiné les accords suivants et j'autorise ce qui suit : (Je dois répondre Oui ou Non)**

<u>L'infirmière partage l'information</u>	___ Oui	___ Non
<u>Règlement</u> : (voir ci-dessus)	___ Oui	___ Non
<u>Médicaments/Traitements Sur Ordonnance</u> :	___ Oui	___ Non
<u>Accord de santé de Mass Health</u> :	___ Oui	___ Non

Signature du parent/tuteur _____ Date :