



PEDIATRIC ASSOCIATES INC. SERVICES DE SANTÉ SUPPLÉMENTAIRES EN MILIEU SCOLAIRE **Formulaire de consentement**

Le district scolaire local de Pickerington (PLSD) ET PEDIATRIC ASSOCIATES INC. (« PAI ») s'associent pour offrir des services de santé supplémentaires en milieu scolaire aux étudiants du PLSD. L'objectif de ce programme est d'améliorer la santé et le bien-être des élèves afin qu'ils puissent réussir à l'école. L'objectif des services de santé scolaire offerts est de fournir des soins de santé de qualité dans un cadre scolaire amical et familial, au moment qui convient à l'élève et à la famille. Ce programme ne remplace en aucun cas votre prestataire habituel de soins de santé. Les services infirmiers scolaires et les soins d'urgence continueront d'être assurés que vous consentiez ou non à la participation au programme.

Nom du patient/de l'étudiant	Grade	Parent/tuteur si le patient/étudiant a moins de 18 ans		
Adresse postale	Ville	État	Code postal	
()		-	-	

Indicatif régional Numéro de téléphone Étudiant Date de naissance (mois-jour-année) Sexe

Consentement aux soins/traitements médicaux

Afin que les élèves/patients puissent bénéficier de soins dans le cadre de ce programme, leur tuteur légal doit remplir et retourner ce formulaire de consentement, sauf dans les cas où la législation fédérale et/ou étatique autorise les jeunes à accéder à certains traitements sans le consentement des parents ou du tuteur légal.

En signant ci-dessous, je déclare et reconnais que j'ai le droit légal de consentir à un traitement médical pour le patient/étudiant susmentionné. Je comprends que si je ne suis pas le parent biologique de l'enfant, je dois joindre à ce formulaire une copie du document attestant de ma qualité de tuteur légal. En cas de changement de tuteur légal de l'élève/patient, je comprends qu'un nouveau formulaire de consentement devra être signé par le nouveau tuteur.

Je comprends que j'ai le droit de prendre des décisions éclairées concernant les soins de santé de l'élève/patient. Je comprends que tout traitement médical peut comporter certains risques et avantages, lesquels me seront expliqués par le professionnel de santé.

Je comprends que ce consentement restera valide pendant toute la durée de la scolarisation de l'élève au sein du PLSD, sauf quelconque révocation. Je comprends que j'ai le droit de refuser toute procédure ou traitement, et je comprends que je peux révoquer ce consentement au traitement à tout moment en faisant une demande écrite à PLSD pour que le patient/étudiant soit retiré du programme de services.

Je m'engage à informer Pediatric Associates Inc. (PAI) de tout changement dans la couverture d'assurance, et à signaler à l'administration de l'école toute mise à jour ou modification concernant l'état de santé de mon enfant, ses carnets de vaccination ou ses traitements médicamenteux.

Un résumé de consultation sera fourni chaque fois que l'enfant sera vu à la clinique. Toutefois, je comprends que, conformément à la loi, le consentement explicite du jeune peut être requis pour la divulgation d'informations relatives à certains diagnostics et traitements, notamment en lien avec une grossesse, des infections sexuellement transmissibles, ou encore des services de conseil en toxicomanie ou en santé mentale.

Veillez choisir l'une des options suivantes :

Je consens à ce que les professionnels de santé de PAI, intervenant à l'école primaire Tussing, réalisent tous les soins et traitements médicaux, y compris, mais sans s'y limiter, la prise des signes vitaux, l'administration de médicaments, les vaccinations, ainsi que d'autres examens ou traitements qui, selon l'appréciation du praticien, pourraient être nécessaires pour diagnostiquer, traiter et/ou répondre aux besoins de santé de l'élève/patient mentionné ci-dessus.

Les services peuvent inclure, sans s'y limiter, les éléments suivants :

-OU-

Je consens à ce que les professionnels de santé de PAI, intervenant à l'école primaire Tussing, réalisent uniquement les services/traitements suivants pour l'élève/patient mentionné ci-dessus :

Soins et traitement de toute blessure/maladie Physique

Examens

Tous les vaccins recommandés mais non exigés par le ministère de la Santé de l'Ohio

Vaccination contre le VPH

Vaccination contre la grippe

Vaccination contre le pneumocoque Vaccination

Vaccination contre l'hépatite A

Dépistage et traitement des infections sexuellement transmissibles (IST/MST)

Vaccinations adaptées à l'âge des scolarisés (DCaT, dcaT, poliomyélite, RRO, varicelle, méningocoque de l'hépatite B - selon le calendrier de vaccination de l'American Academy of Pediatrics)

Conseil en santé mentale/comportementale

Test de grossesse

Régulation des naissances

Le patient prend-il des médicaments tous les jours ? Veuillez énumérer :

Le patient a-t-il des allergies ? Veuillez énumérer :

Le patient a-t-il des problèmes de santé chroniques ? Veuillez énumérer :

Accusé de réception de la Note d'information sur les pratiques en matière de confidentialité ; J'ai été informé(e) que la Note d'information sur les pratiques de confidentialité de PAI est disponible à l'école primaire Tussing sur simple demande. Je peux également la consulter en ligne à l'adresse suivante : www.kidzdoc.com.

Autorisation de divulgation d'informations :

Par la présente, j'autorise PAI et le district scolaire local de Pickerington (PLSD) à partager / divulguer / échanger des informations concernant mon état physique et/ou mental ou celui de mon enfant, y compris, sans s'y limiter, les informations relatives aux services qui me sont ou ont été fournis à l'école, dans le cadre de soins, de la coordination médicale et/ou à des fins éducatives.

PAI peut demander l'accès aux dossiers scolaires de mon enfant (résultats scolaires, assiduité et comportement) des années scolaires en cours, passées et futures, afin de mieux adapter les services proposés et de mieux comprendre l'impact de leur programme. Je comprends que ces informations seront conservées de manière confidentielle, conformément à toutes les lois fédérales et étatiques en vigueur.

Par la présente, j'autorise également PAI à partager / divulguer / échanger toutes ces informations avec mes médecins, les médecins référents ou tout autre prestataire de soins référé ou référant, ainsi qu'avec toute compagnie d'assurance ou organisme chargé du paiement de mes frais médicaux. PAI peut également transmettre ces informations à tout organisme de protection sociale auprès duquel j'ai fait, ou ferai, une demande d'aide.

Les vaccinations administrées seront enregistrées dans le système d'information sur l'immunisation de l'État de l'Ohio (Ohio ImpactSIIS).

Je comprends que le PLSD est soumis aux réglementations fédérales relatives à la confidentialité des dossiers éducatifs et que toute information médicale personnelle divulguée en vertu de cette autorisation pourrait être protégée par ces réglementations.

La divulgation d'informations concernant l'abus d'alcool ou de drogues est protégée par les règles fédérales de confidentialité (42 CFR, Partie 2) et ne peut être effectuée sans le consentement écrit de la personne concernée, sauf autorisation spécifique. Ces règles interdisent également toute utilisation de ces informations à des fins d'enquête ou de poursuite pénale contre un patient concerné par l'usage de drogues ou d'alcool (52 FR 21809, 9 juin 1987 ; 52 FR 41997, 2 novembre 1987).

Les dossiers de mon enfant / les miens sont protégés et ne peuvent être consultés que par des utilisateurs autorisés disposant d'un accès restreint. Je comprends que cette autorisation restera valide pendant toute la durée de la scolarisation de mon enfant au sein du PLSD, sauf révocation de ma part. Je peux révoquer cette autorisation à tout moment en adressant une notification écrite au PLSD et/ou à PAI.

Je comprends que je ne suis pas obligé(e) de signer ce formulaire d'autorisation. Les informations médicales utilisées et/ou divulguées à la suite de cette autorisation peuvent faire l'objet d'une nouvelle divulgation par la personne ou l'entité les recevant. Dans ce cas, elles ne sont plus protégées par les réglementations fédérales sur la confidentialité.

Ni PAI, ni PLSD ne peuvent être tenus responsables de l'utilisation partielle ou totale des informations par des tiers. J'ai reçu un exemplaire de ce formulaire et je comprends que j'ai le droit de consulter ou de demander une copie de toute information médicale divulguée (des frais raisonnables peuvent s'appliquer en cas de reproduction).

Cette autorisation inclut l'utilisation et/ou la divulgation d'informations relatives aux tests de dépistage du VIH, au traitement du SIDA ou des affections liées au SIDA, à la toxicomanie, à l'alcoolisme, aux affections liées à l'usage de drogues, ainsi qu'aux troubles psychiatriques ou psychologiques mentionnés ci-dessus.

Cession des prestations d'assurance

Je cède à PAI tous les droits et demandes de remboursement au titre de toute police d'assurance santé privée, de Medicaid ou de tout autre programme que j'aurai indiqué et dans le cadre duquel des prestations peuvent être disponibles pour couvrir les services qui me sont fournis dans le cadre du programme de services de santé complémentaires en milieu scolaire.

Je comprends que si je ne dispose d'aucune couverture d'assurance, si ma couverture est hors réseau, ou si mon assurance est inactive, je pourrais recevoir une facture de la part de PAI.

<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
_____	_____	Date/Heure	Téléphone
Nom imprimé du parent/tuteur	Signature du parent/tuteur légal (si l'étudiant a moins de 18 ans)		

Relation avec l'étudiant	Parent/tuteur légal	Date de naissance
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
_____	_____	Date/Heure
Nom imprimé de l'étudiant (patient) (patient)	Signature de l'étudiant (si 18 ans ou plus)	

ou non payé.

Veuillez remplir les informations ci-dessous concernant votre couverture d'assurance.

Nous n'avons pas d'assurance. Nous prévoyons de payer nous même. _____ -OU-

Cette personne est le titulaire de l'assurance de notre élève. _____

Le numéro de téléphone de cette personne est: _____

La date de naissance du titulaire de l'assurance est : _____

Cette personne est employée par : _____ -OU- n'est pas employée _____.

Le nom de notre compagnie d'assurance est: _____

Le numéro de groupe de notre couverture médicale est le suivant : _____

Le numéro de la couverture médicale de l'étudiant est le suivant : _____

L'adresse de réclamation est la suivante : _____

Le numéro de téléphone du service client est le suivant : _____