



**Il est facile et rapide pour votre enfant de recevoir des soins de santé par l'intermédiaire du Centre de santé scolaire de Morris Heights!**

Cher parent ou tuteur,

Nous sommes heureux de vous informer que l'école de votre enfant dispose d'un Centre de santé scolaire (CSS). Le personnel du CSS est composé de professionnels agréés, à savoir des prestataires de soins médicaux et de santé mentale du Morris Heights Health Center.

**Veillez noter que votre enfant peut jouir des services du Centre de santé scolaire tout en continuant à consulter ses autres médecins. La signature de ce consentement ne modifiera pas votre assurance, elle ne changera pas votre médecin traitant et elle n'affectera pas non plus le nombre de fois où votre enfant pourra consulter son médecin traitant. Par ailleurs, si vous avez déjà rempli un formulaire d'autorisation parentale pour le Centre de santé scolaire du MHHC dans votre ancienne école, votre enfant est automatiquement inscrit et peut immédiatement accéder à nos services.**

Au Centre de santé scolaire, votre enfant peut bénéficier **gratuitement** des services énumérés ci-dessous, quel que soit votre statut d'assurance. Le CSS peut facturer l'assurance, mais il n'y a **pas de ticket modérateur** et **vous ne recevez pas de facture**.

**Les services du Centre de santé scolaire incluent :**

- Des examens physiques complets
- Des médicaments et ordonnances
- Des analyses laboratoires
- Des vaccinations
- Des soins et traitements des affections aiguës et chroniques
- Des soins de santé reproductive en fonction de l'âge
- Des visites en personne ou à distance par téléconsultation
- De l'éducation et des conseils santé
- Des services de conseil en santé mentale
- Des dépistages des troubles de la vue, de l'audition, de l'asthme, de l'obésité et d'autres pathologies
- Un accès aux soins 24 heures sur 24, 7 jours sur 7
- Des soins dentaires, y compris les détartrages, le traitement des caries, les vernis au fluor et les applications de fluorure de diamine d'argent

Pour inscrire votre enfant aux services de notre Centre de santé scolaire, veuillez lire, compléter et signer les informations d'inscription sur le formulaire d'autorisation parentale. L'inscription complète comprend les éléments suivants :

- ☺ **Le formulaire d'autorisation parentale**
- ☺ **Les antécédents médicaux**

Remettez les formulaires dûment remplis au Bureau de votre directeur ou directement au Centre de santé scolaire. Les formulaires remplis peuvent également être envoyés par courrier électronique au Programme scolaire à l'adresse suivante : [sbhquestions@mhhc.org](mailto:sbhquestions@mhhc.org)

Le Centre de santé scolaire de l'école de votre enfant est ouvert tous les jours de classe, de 8h00 à 16h00.

Nous serions ravis de vous rencontrer et d'offrir nos prestations de santé à votre enfant. N'hésitez pas à vous rendre sur le site [mhhc.org](http://mhhc.org) pour faire une visite virtuelle de la clinique et obtenir plus d'informations utiles, du matériel éducatif et des mises à jour générales du programme.

Pour plus d'informations, vous pouvez également nous appeler au **(718) 483-1270 poste 2471**. Nous serons là pour vous répondre !

Bien à vous, pour la santé et le bien-être,  
Nicole Clarke - Directrice du programme CSS  
Dr Sarmistha Mukherjee - Directrice médicale, Programme CSS

Formulaire de Consentement parental pour les services des Centres de santé scolaires

Adresse du prestataire des soins de santé : \_\_\_\_\_

Nom(s) de l'/des école(s) : Name of school(s) \_\_\_\_\_

*Sachez s'il vous plaît que votre enfant peut recevoir les services du Centre de santé scolaire tout en continuant à voir vos autres médecins traitants. Le fait de signer ce consentement ne va pas changer votre assurance, ne vas pas changer votre médecin privé et ne va pas affecter le nombre de fois que votre enfant peut aller voir son médecin privé.*

RENSEIGNEMENTS SUR L'ÉLÈVE	RENSEIGNEMENTS SUR LE PARENT
<p>Nom de famille de l'élève : _____</p> <p>Prénom de l'élève : _____</p> <p>Date de naissance : _____ / _____ / _____ Mois Jour Année</p> <p>Sexe : <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin Grade : _____</p> <p>Adresse de l'élève : _____ _____ Ville État Code postal</p> <p>Email de l'élève : _____</p> <p>*Numéro de sécurité sociale de l'élève : _____</p> <p>(* renseignement facultatif : Utilisé pour des raisons d'assurances uniquement)</p> <p>Appartenance ethnique : <input type="checkbox"/> Hispanique <input type="checkbox"/> De peau noire <input type="checkbox"/> De peau blanche <input type="checkbox"/> Amérindien <input type="checkbox"/> Asiatique/originaire des îles du pacifique <input type="checkbox"/> Autre _____</p> <p>Indiquez le médecin traitant de l'élève, s'il a un médecin régulier</p> <p>Nom : _____</p> <p>Téléphone : _____</p> <p>Adresse : _____</p> <p>Indiquez la pharmacie où nous pouvons envoyer les ordonnances.</p> <p>Pharmacie : _____</p> <p>Adresse de la pharmacie : _____</p> <p>Tél. de la pharmacie : _____</p>	<p>Parent/Tuteur légal :</p> <p>Nom de famille : _____ Prénom : _____</p> <p>Tél. domicile/professionnel : _____</p> <p>Tél. portable : _____</p> <p>Email : _____</p> <p>Parent/Tuteur légal :</p> <p>Nom de famille : _____ Prénom : _____</p> <p>Tél. domicile/professionnel : _____</p> <p>Tél. portable : _____</p> <p>Email : _____</p> <p>S'il s'agit du tuteur légal, lien avec l'élève :</p> <p><input type="checkbox"/> Grand-mère ou grand-père <input type="checkbox"/> Tante/oncle <input type="checkbox"/> Parent dans la famille d'accueil <input type="checkbox"/> Autre : _____</p> <p>Tél. domicile/professionnel : _____</p> <p>Tél. portable : _____</p> <p>Email : _____</p> <p>Langue de prédilection du parent/tuteur : _____</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> <p><b>COORDONNÉES D'AUTRES PERSONNES À CONTACTER EN CAS D'URGENCE</b></p> </div> <p>Nom : _____</p> <p>Lien avec l'élève : _____</p> <p>Tél. domicile ou professionnel : _____</p> <p>Tél. portable : _____</p>

INFORMATIONS SUR L'ASSURANCE

<p>Êtes-vous couvert(e) par Medicaid ?</p> <p><input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui : Numéro de bénéficiaire Medicaid (ID #) _____</p> <p>Êtes-vous couvert(e) par Child Health Plus ?</p> <p><input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui : Numéro de bénéficiaire CHP _____</p> <p>Sous quel plan ?</p> <p><input type="checkbox"/> Affinity <input type="checkbox"/> Fidelis</p> <p><input type="checkbox"/> Healthfirst <input type="checkbox"/> Empire BC/BS Health Plus</p> <p><input type="checkbox"/> Emblem Health <input type="checkbox"/> Metro Plus</p> <p><input type="checkbox"/> Well Care <input type="checkbox"/> United Healthcare</p>	<p>Est-ce que votre enfant est bénéficiaire d'une autre assurance santé ?</p> <p><input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, de la couverture santé : _____</p> <p>N° d'assuré(e)/N° de la police d'assurance : _____</p> <p>Tél. de la compagnie d'assurance santé : _____</p> <p>Si votre enfant n'a pas d'assurance santé, aimeriez-vous qu'un représentant vous contacte pour vous aider à obtenir une assurance santé ?</p> <p><input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Quel est le meilleur moment (heures) pour vous joindre ? _____</p>
---	---

**CASE 1 : CONSENTEMENT PARENTAL AUX SOINS DISPENSÉS PAR LES CENTRES DE SANTÉ SCOLAIRES** Veuillez signer les Cases 1 & 2

J'ai lu et compris quels étaient les services listés sur la page suivante (soins prodigués par le Centre de santé scolaire), et en signant, je consens à ce que mon enfant reçoive des services de Morris Heights Health Center du Centre de santé scolaire. 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 parental n'est pas requis pour les élèves de 18 ans ou plus, pour ceux qui ont au moins un enfant eux-mêmes, qui sont mariés ou légalement émancipés. Ma signature atteste que j'ai reçu une copie de la Déclaration de Confidentialité des pratiques (Notice of Privacy Practices). Ma signature indique également que j'autorise que l'on contacte d'autres prestataires ayant examiné mon enfant.

X \_\_\_\_\_  
Signature du Parent/Tuteur Date

**CASE 2 : CONSENTEMENT PARENTAL À DIVULGUER DES INFORMATIONS MÉDICALES CONFORMÉMENT À LA LOI HIPAA**

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

X \_\_\_\_\_  
Signature du Parent/Tuteur Date

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

## Formulaire de Consentement parental pour les services des Centres de santé scolaires

## SOINS DISPENSÉS PAR LES CENTRES DE SANTÉ SCOLAIRES

CASE 1

Je consens à ce que mon enfant reçoive des soins de santé prodigués par les professionnels de santé de  
 Morris Heights Health Center, titulaires de l'autorisation d'exercer délivrée par l'État, dans le cadre du programme de santé scolaire accrédité 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 services des centres de santé scolaires peuvent comprendre, entre autres :

1. Des services obligatoires de santé scolaire, 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. Pour les élèves adolescents : Les services, adéquats à l'âge et suivant les instructions des médecins, de soins de santé reproductive et sexuelle, notamment la sensibilisation à l'abstinence, la contraception [distribution de pilules contraceptives, préservatifs, Depo (l'injection) LARC, autres méthodes homologuées par le FDA], tests de grossesse, dépistage et traitement des IST, dépistage du VIH et orientation vers d'autres services compétents en cas de résultats anormaux.
7. L'éducation à la Santé et la sensibilisation à la prévention des comportements à risques, tels que : l'abus de drogues, d'alcool ou le tabac ainsi que l'éducation à l'abstinence et à la prévention de la grossesse, des infections sexuellement transmissibles et du VIH, ces services étant adaptés à l'âge et prodigués suivant les instructions des médecins.
8. Les examens et soins dentaires notamment : le diagnostic, le traitement et le scellement des sillons si c'est possible.
9. L'orientation et la recommandation (Referrals) pour les services que le centre de santé scolaire ne dispense pas.
10. Le questionnaire/sondage annuel sur la santé.

FICHE D'INFORMATION SUR LE CONSENTEMENT À LA DIVULGATION D'INFORMATIONS RELATIVES À LA SANTÉ  
 DU DÉPARTEMENT DE L'ÉDUCATION DE LA VILLE DE NEW YORK

CASE 2

## AUTORISATION DES PARENTS À DIVULGUER DES INFORMATIONS MÉDICALES CONFORMÉMENT À LA LOI HIPAA

En signant au dos de ce formulaire, j'autorise la divulgation d'informations relatives à la santé comme spécifié ci-dessous. La divulgation de ces données n'est possible que dans les limites du respect des lois fédérales et de l'État sur la protection de la vie privée.

En signant ce formulaire de consentement, j'autorise la divulgation des informations médicales, comme précisé ci-dessous, 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 au règlement du Chancelier ou parce que c'est nécessaire pour protéger la santé et la sécurité de l'élève. À ma demande, le service 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 les certificats de vaccination. Ne pas fournir cette information peut entraîner l'exclusion de l'élève de l'école.

On a répondu aux questions que j'ai posées sur ce formulaire. J'ai compris que rien ne m'oblige à autoriser la divulgation des informations relatives à la santé de mon enfant, que je peux changer d'avis à tout moment et retirer mon consentement en le faisant savoir, par écrit, au Centre de santé scolaire. Cependant, si le retrait de l'autorisation survient après la divulgation des informations, il ne peut être rétroactif et ne concerne, par conséquent, pas les données déjà diffusées.

J'autorise le Morris Heights Health Center du Centre de santé scolaire, à transmettre, au Conseil de l'Éducation (ou Département de l'Éducation) de la Ville de New York des informations spécifiques relatives à la santé de l'élève dont le nom figure au dos.

Je consens à la transmission par le Centre de santé scolaire au Département de l'Éducation de NYC, et par le Département de l'Éducation de NYC au Centre de santé scolaire, des informations médicales décrites ci-dessous, afin de se conformer aux prescriptions légales et réglementaires et de s'assurer que l'école a les données nécessaires pour protéger la santé et la sécurité de mon enfant. Je comprends que conformément aux lois fédérales et de l'État, ainsi qu'aux règlements du Chancelier sur la protection du secret des données, ces informations resteront confidentielles :

**Informations exigées par les lois ou par le règlement du Chancelier, comprenant entre autres :**

- Des Examens médicaux complets (Formulaire CH-205, ou d'autres examens similaires tels que les examens pour les activités sportives, etc.)
- Des vaccins (exigés /recommandés)
- Les résultats du dépistage des troubles de la vue et de l'ouïe
- Les résultats des tests de tuberculine

**Informations visant à protéger la santé et la sécurité de l'intéressé :**

- Problèmes de santé pouvant nécessiter des soins médicaux d'urgence, notamment les maladies chroniques
- Problèmes de santé qui limitent l'activité quotidienne de l'élève
- Détection de certaines maladies contagieuses (HORMIS les résultats du dépistage VIH/IST et autres procédures couvertes par des règles légales de confidentialité).
- Couverture assurance maladie
- Inscription au Centre de santé scolaire (SBHC)
- Programme d'éducation personnalisé (IEP)

**Période durant laquelle la divulgation des informations est autorisée :**

**Du :** Date de signature du formulaire ci-contre

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

NOTE : Ce Formulaire de Consentement parental pour les services des Centres de santé scolaires a été approuvé par le DOE/OSH

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



**CENTRE DE SANTÉ SCOLAIRE  
FORMULAIRE D'ANTÉCÉDENTS  
MÉDICAUX**

**Nom de l'enfant :** \_\_\_\_\_

**Date de naissance de l'enfant:** \_\_\_\_\_

**Y a-t-il des problèmes qui vous préoccupent au sujet de votre enfant ?**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Votre enfant souffre-t-il d'allergies (alimentaires, médicamenteuses, environnementales) ? Expliquer la réaction allergique :**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Traitements actuels (y compris vitamines/fluides/compléments alimentaires) :**

1. \_\_\_\_\_ Prescrit par : \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_ Prescrit par : \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_ Prescrit par : \_\_\_\_\_

4. \_\_\_\_\_ Prescrit par : \_\_\_\_\_

**Nom / Adresse / Numéro de téléphone du dentiste principal**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Date du dernier examen dentaire :** \_\_\_\_\_

Par : \_\_\_\_\_

**Nom / Adresse / Numéro de téléphone du médecin traitant (prestataire de soins de santé principal)**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Date du dernier examen physique :** \_\_\_\_\_

Par : \_\_\_\_\_

**Indiquez les hospitalisations, maladies, accidents, fractures, opérations chirurgicales, etc. Veuillez expliquer :**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Indiquez les affections ou les troubles que votre enfant a déjà eus ou qui vous préoccupent parmi la liste suivante.**

**Veuillez expliquer :**

Maladies de la peau \_\_\_\_\_

Troubles de la vue \_\_\_\_\_

Infections de l'oreille \_\_\_\_\_

Trouble auditif \_\_\_\_\_

Pneumonie \_\_\_\_\_

Souffle au cœur \_\_\_\_\_

Trouble de l'élocution \_\_\_\_\_

Selles noires \_\_\_\_\_

Anémie \_\_\_\_\_

Énurésie (incontinence nocturne) \_\_\_\_\_

Règles douloureuses \_\_\_\_\_

Diarrhées fréquentes \_\_\_\_\_

Fièvre rhumatismale \_\_\_\_\_

Varicelle \_\_\_\_\_

Douleurs articulaires \_\_\_\_\_

Perte de conscience \_\_\_\_\_

Autres troubles pulmonaires \_\_\_\_\_

Jaunisse \_\_\_\_\_

Constipation \_\_\_\_\_

Miction douloureuse \_\_\_\_\_

Épistaxis fréquentes (saignements de nez) \_\_\_\_\_

Maux de gorge fréquents \_\_\_\_\_

Infection des reins ou de la vessie \_\_\_\_\_

Maux de ventre fréquents \_\_\_\_\_



**CENTRE DE SANTÉ SCOLAIRE**

**Veillez indiquer les spécialistes que votre enfant consulte (médecin spécialiste, conseiller ou orthophoniste, kinésithérapeute ou ergothérapeute)**

---

---

---

**Qui vit dans le même domicile de votre enfant ?**

Veillez indiquer : Nom complet / Âge / État de santé (bon/mauvais)

Mère : \_\_\_\_\_

Père : \_\_\_\_\_

Frères et sœurs : \_\_\_\_\_

Autres : \_\_\_\_\_

**Antécédents familiaux :**

Veillez cocher les maladies suivantes dont souffrent les membres de votre famille (y compris les oncles, les tantes, les cousin-e-s, et les grands-parents) :

Affection	Lien de parenté	Affection	Lien de parenté
Eczéma	_____	Anémie ou maladie du sang	_____
Épilepsie	_____	Alcoolisme	_____
Tuberculose	_____	Maladie rénale	_____
Rhume des foies	_____	Fibrose kystique	_____
Asthme	_____	Cancer	_____
Déficiência intellectuelle	_____	Hypertension artérielle	_____
Malformations congénitales	_____	Crise cardiaque ou accident vasculaire cérébral	_____
Diabète	_____	Troubles psychiatriques	_____
Obésité	_____	Triglycérides	_____
Décès avant l'âge de 50 ans en dehors des accidents	_____		
Hypercholestérolémie ou autres affections non énumérées ci-dessus	_____		

**AUTRE : Avez-vous des inquiétudes (comportementales, émotionnelles ou autres) au sujet de votre enfant ? Si oui, veuillez expliquer :**

---

---

---

<p><b>USAGE INTERNE UNIQUEMENT :</b></p> <p>Révision par : _____ Date : _____</p> <p>Révision par : _____ Date : _____</p>
--