



Votre enfant peut bénéficier des services de soins de santé facilement et rapidement grâce au centre de santé scolaire de Morris Heights School-Based Health Center!

Cher parent/tuteur, chère tutrice :

Votre enfant peut bénéficier des services du centre de santé scolaire tout en continuant à voir ses autres médecins. Signer cette autorisation ne change pas l'assurance de votre enfant, ne change pas son médecin traitant et n'affecte pas le nombre de fois où votre enfant peut consulter son médecin traitant.

Au centre de santé scolaire, votre enfant peut bénéficier des services énumérés ci-dessous **sans frais**, peu importe son statut d'assurance. Cependant, le SBHC est autorisé à facturer l'assurance si votre enfant a une assurance santé. Il n'y a pas de **ticket modérateur** pour les services SBHC et **vous ne recevrez jamais de facture**. Si votre enfant bénéficie d'une assurance santé, veuillez fournir les informations relatives à l'assurance sur le formulaire d'autorisation ci-joint.

Les services du centre de santé scolaire comprennent ce qui suit :

- Services de médecine généraliste
 - Examens médicaux (notamment pour le sport et le travail)
 - Vaccinations
 - Médicaments et gestion d'ordonnances
 - Tests de laboratoire
 - Dépistage des troubles de la vue, de l'asthme et d'autres problèmes de santé
 - Traitement des pathologies aiguës et chroniques
 - Pour les adolescents: services de santé reproductive adaptés à l'âge
- Éducation à la santé
- Services de soins dentaires (si disponible)
- Conseils en santé mentale
- Visites virtuelles via télémedecine (si disponible)

Le centre de santé scolaire se trouve dans la salle de l'école de votre enfant et est ouvert chaque jour de classe entre 8am à 4pm. L'accès à un prestataire de soins de garde est également possible les week-ends et après les heures de classe.

Pour inscrire votre enfant, veuillez **lire, remplir et signer** le formulaire d'inscription ci-joint. Vous ou votre enfant pouvez retourner le formulaire d'inscription dûment rempli au centre de santé scolaire dans la salle ENTER ROOM NUMBER. Pour toute question, merci de nous appeler en composant le **(718) 425-3828**.

Nous avons hâte de vous rencontrer et de fournir des services de santé à votre enfant!

Cordialement,

Lucy Paez Stelzner
Sarmistha Mukherjee

Director, School Based Health Program
Medical Director, School Based Health Program

Formulaire d'autorisation parentale pour les services du centre de santé scolaire _____

Adresse du prestataire des soins de santé : _____

Nom de l'école ou des écoles : _____

Votre enfant peut bénéficier des services du centre de santé scolaire (SBHC) tout en continuant à consulter ses autres médecins. Signer cette autorisation ne change pas son assurance, ne change pas son médecin traitant et n'affecte pas le nombre de fois où votre enfant peut consulter son médecin traitant.

RENSEIGNEMENTS SUR L'ÉLÈVE	RENSEIGNEMENTS SUR LES PARENTS
Nom de famille de l'élève : _____ Prénom de l'élève : _____ Date de naissance : _____ / _____ / _____ Mois Jour Année Adresse de l'élève : _____ Ville État Code postal École : _____ Grade : _____ N° d'identifiant de l'élève (OSIS) : _____ Tél. portable de l'élève : _____ E-mail de l'élève : _____ *Numéro de sécurité sociale de l'élève : _____ *Champ facultatif : uniquement à des fins d'assurance Sexe à la naissance : ☐ Masculin ☐ Féminin Pronoms : _____ Identité de genre (sélectionnez tout ce qui s'applique) : ☐ Masculin ☐ Féminin ☐ Non binaire ☐ Transgenre ☐ Autre : _____ Race (sélectionnez tout ce qui s'applique) : ☐ Noir(e)/Afro-Américain(e) ☐ Blanc(he) ☐ Asiatique ☐ Multiracial(e) ☐ Autochtone hawaïen(ne)/insulaire du Pacifique ☐ Amérindien(ne)/autochtone d'Alaska ☐ Autre : _____ Appartenance ethnique : ☐ Hispanique ou originaire d'Amérique Latine ☐ Non hispanique ou non originaire d'Amérique Latine	Parent/tuteur/tutrice légal(e) : Nom de famille : _____ Prénom : _____ Tél. dom./pro. : _____ Tél. portable : _____ E-mail : _____ Parent/tuteur/tutrice légal(e) : Nom de famille : _____ Prénom : _____ Tél. dom./pro. : _____ Tél. portable : _____ E-mail : _____ Si tuteur ou tutrice légal(e), lien avec l'élève : ☐ Grand-parent ☐ Tante/oncle ☐ Parent de famille d'accueil ☐ Autre : _____ Langue souhaitée par le parent/tuteur/la tutrice : _____ AUTRES CONTACTS D'URGENCE Nom : _____ Lien avec l'élève : _____ Téléphone : _____
RENSEIGNEMENTS SUR LE PRESTATAIRE DES SOINS DE SANTÉ	
Votre enfant a un médecin généraliste ? ☐ Oui ☐ Non Nom : _____ Nom du cabinet/de la clinique : _____ Téléphone : _____ Adresse : _____	Votre enfant a un ou une dentiste généraliste ? ☐ Oui ☐ Non Nom : _____ Nom du cabinet/de la clinique : _____ Téléphone : _____ Adresse : _____
INFORMATIONS SUR L'ASSURANCE ET LA PHARMACIE	
Est-ce que votre enfant a Medicaid ? ☐ Non ☐ Oui : numéro de bénéficiaire Medicaid (ID #) _____ Est-ce que votre enfant a Child Health Plus ? ☐ Non ☐ Oui : N° CHP : _____ Est-ce que votre enfant a une autre assurance santé ? ☐ Non ☐ Oui, assurance santé : _____ N° d'assuré(e)/N° de la police d'assurance : _____ Nom de la personne assurée : _____	Indiquez la pharmacie qui recevra les ordonnances. Pharmacie : _____ Adresse de la pharmacie : _____ Tél. de la pharmacie : _____ Si votre enfant n'a pas d'assurance santé, souhaitez-vous qu'un représentant vous contacte pour vous aider à obtenir une assurance santé ? ☐ Non ☐ Oui Meilleur moment de la journée pour vous joindre ? _____
Case 1. AUTORISATION PARENTALE POUR DES SERVICES DE MÉDECINE GÉNÉRALISTE DU CENTRE DE SANTÉ SCOLAIRE Signez les cases 1 & 2	
J'ai lu et compris les services indiqués dans la case 1 de la page suivante et en signant, j'autorise mon enfant à recevoir des services assurés par le centre de santé scolaire de _____ (HCSP). Ma signature indique que j'ai reçu une copie de la Déclaration de confidentialité des pratiques et que je donne également mon autorisation pour contacter les autres prestataires qui ont examiné mon enfant. <i>REMARQUE : la loi n'exige pas l'autorisation parentale pour procéder aux dépistages obligatoires, prodiguer les premiers soins, des soins prénataux, des services liés au comportement sexuel et à la prévention de la grossesse et fournir des soins aux élèves quand leur santé semble menacée. L'autorisation parentale n'est pas exigée pour les élèves de 18 ans ou plus, ou pour des élèves qui sont parents, mariés, légalement émancipés, jeunes fumeurs ou sans domicile fixe.</i>	
X _____ Signature du parent/tuteur/de la tutrice	_____ Date (MM/JJ/AAA)
Case 2. AUTORISATION PARENTALE POUR LA DIFFUSION D'INFORMATIONS MÉDICALES CONFORMÉMENT À LA LOI HIPAA	
J'ai lu et compris les indications sur la diffusion d'informations médicales de la case 2 au verso de ce formulaire. En signant, j'autorise la divulgation des informations médicales, comme spécifié dans la section de la case 2 uniquement.	
X _____ Signature du parent/tuteur/de la tutrice	_____ Date (MM/JJ/AAA)
Case 3. AUTORISATION PARENTALE POUR DES SOINS DENTAIRES DU CENTRE DE SANTÉ SCOLAIRE	
J'ai lu et compris les services dentaires indiqués dans la case 3 ci-après et en signant, j'autorise mon enfant à recevoir les services dentaires indiqués assurés par le centre de santé scolaire de _____ (HCSP).	
X _____ Signature du parent/tuteur/de la tutrice	_____ Date (MM/JJ/AAA)

Formulaire d'autorisation parentale pour les services du centre de santé scolaire _____

SERVICES DE SOINS DENTAIRES EN MILIEU SCOLAIRE

CASE 3

J'autorise mon enfant à bénéficier des services de soins dentaires prodigués par les professionnels agréés de _____ (HCSP) dans le cadre du programme de soins dentaires en milieu scolaire approuvé par le Département de la santé de l'État de New York. Les services de soins dentaires préventifs du centre de santé scolaire peuvent comprendre :

1. Examen/dépistage par un ou une dentiste ou un/une hygiéniste dentaire
2. Nettoyage des dents
3. Scellants dentaires
4. Traitements au fluor
5. Fluorure diamine d'argent (SDF), si disponible : *le SDF peut être appliqué sur les dents arrière pour arrêter la progression des caries. L'utilisation de fluorure diamine d'argent peut entraîner une décoloration des caries et donner une couleur marron ou noire.*
6. Radiographies dentaires, si disponibles (si nécessaires)
7. Références (si nécessaires)

Pour les services autres que les services de soins dentaires préventifs énumérés ci-dessus, le HCSP informera le parent/tuteur/la tutrice des services et des traitements recommandés pour leur enfant **avant** qu'ils ne soient fournis. Selon les besoins de l'enfant, il peut s'agir de la pose de plombages, d'extractions et de l'utilisation d'anesthésiques ou d'autres médicaments.