

**Programme clinique de la santé bucco-dentaire du Département de l'Éducation de la Ville de New York**  
**Formulaire scolaire de consentement parental**

Nom du fournisseur de soins de santé bucco-dentaire (OHCP) : Ezra Medical Center -L'Refuah Medical and Rehabilitation Center, Inc.

Adresse du OHCP: \_\_\_\_\_ 1312 38th St., Brooklyn, NY 11218

INFORMATIONS RELATIVES À L'ÉLÈVE		INFORMATIONS RELATIVES AU PARENT/TUTEUR	
<b>Nom de l'élève :</b> _____ <b>Prénom de l'élève :</b> _____ <b>Date de naissance :</b> _____ / _____ / _____ <span style="margin-left: 100px;"><i>Mois</i></span> <span style="margin-left: 100px;"><i>Jour</i></span> <span style="margin-left: 100px;"><i>Année</i></span> <b>Adresse de l'élève :</b> _____ _____ <span style="margin-left: 100px;"><i>Ville</i></span> <span style="margin-left: 100px;"><i>État</i></span> <span style="margin-left: 100px;"><i>Code ZIP</i></span> <b>École :</b> _____ <b>Classe :</b> _____ <b>Nom de l'enseignant:</b> _____		<b>Mère</b> Nom : _____ Prénom : _____ <b>Père</b> Nom : _____ Prénom : _____ <b>Tuteur légal, le cas échéant</b> Nom : _____ Prénom : _____ Relation du tuteur légal avec l'élève <input type="checkbox"/> Grand-parent <input type="checkbox"/> Tante ou Oncle <input type="checkbox"/> Autre : _____ <b>Coordonnées du parent ou du tuteur</b> Tél. maison : _____ Tél. professionnel : _____ Portable : _____ Email : _____ <b>Contact d'urgence complémentaire</b> Nom : _____ Relation avec l'élève : _____ Tél. maison : _____ Tél. professionnel : _____ Portable : _____ Email : _____	
<p><b>QUESTION MÉDICALE IMPORTANTE</b>  <b>Est-ce que votre enfant a une quelconque condition médicale qui peut affecter ou compliquer le traitement dentaire ? Ceci peut inclure les problèmes cardiaques, respiratoires ou saignements, les crises, allergies, maladies contagieuses, troubles immunitaires, etc. si oui, expliquez. SI NON, LAISSEZ EN BLANC.</b></p> _____ _____ _____ _____			
INFORMATIONS D'ASSURANCE			
<b>Est-ce que votre enfant a Medicaid ?</b> <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui : N° d'identification Medicaid _____ <b>Est-ce que votre enfant a Child Health Plus ?</b> <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui : N° CHP _____ <b>Quel plan ?</b> <input type="checkbox"/> Affinity <input type="checkbox"/> Fidelis <input type="checkbox"/> Healthfirst <input type="checkbox"/> Health Plus Amerigroup <input type="checkbox"/> HIP <input type="checkbox"/> MetroPlus <input type="checkbox"/> WellCare <input type="checkbox"/> United Healthcare <input type="checkbox"/> MVP <input type="checkbox"/> Empire BlueCross BlueShield <input type="checkbox"/> Autre : _____		<b>Est-ce que votre enfant a une couverture par le biais d'un régime offert par l'employeur ou un autre type d'assurance santé ?</b> <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, Régime de santé : _____ ID de membre ou numéro de sécurité sociale : _____ Téléphone de l'assurance santé : _____ Nom de l'adulte assuré : _____ Date de naissance de l'adulte assuré : _____ Les services seront fournis à votre enfant indépendamment du fait qu'il/elle ait ou non une assurance santé, sans frais.	
CONSENTEMENT PARENTAL POUR LES SERVICES CLINIQUES DE SANTÉ SCOLAIRES			
<p>Je comprends que mon enfant bénéficiera de services de santé bucco-dentaire et ma signature garantit le consentement pour que mon enfant bénéficie des services fournis par le OHCP aussi longtemps que mon enfant est inscrit à l'école. Je peux retirer mon consentement à tout moment par préavis au OHCP. <b>Je comprends que je signalerai tout changement important dans la santé de mon enfant au prestataire.</b></p> <p>REMARQUE : Selon la loi, le consentement parental n'est pas requis pour les élèves âgés de 18 ans ou plus ou pour les élèves étant des parents ou légalement émancipés. Ma signature indique que j'ai reçu une copie de l'Avis de confidentialité.</p> <p>X _____  <b>Signature du parent/tuteur (ou de l'élève si âgé de 18 ans ou plus ou autrement, autorisé par la loi)</b> <span style="float: right;">_____</span>  <b>Date</b></p>			
CONSENTEMENT PARENTAL CONFORME À L'HIPAA POUR LA PUBLICATION DES INFORMATIONS DE SANTÉ			
<p>J'ai lu et compris la publication des informations de santé à la page 2 du présent formulaire. Ma signature indique mon consentement à publier les informations de santé, tel que spécifié.</p> <p>X _____  <b>Signature du parent/tuteur (ou de l'élève si âgé de 18 ans ou plus ou sinon, autorisé par la loi)</b> <span style="float: right;">_____</span>  <b>Date</b></p>			

**Programme clinique de la santé bucco-dentaire du Département de l'Éducation de la Ville de New York  
Formulaire scolaire de consentement parental**

Nom du fournisseur de soins de santé bucco-dentaire (OHCP) : Ezra Medical Center -L'Refuah Medical and Rehabilitation Center, Inc.

Adresse du OHCP: 1312 38th St., Brooklyn, NY 11218

**CONSENTEMENT AUX SERVICES CLINIQUES DE SANTÉ BUCCO-DENTAIRE SCOLAIRES**

Je consens à ce que mon enfant bénéficie des services de soins de santé bucco-dentaire fournis par les professionnels de la santé du OHCP agréés par l'État du Fournisseur dans le cadre du programme de santé bucco-dentaire scolaire approuvé par le Département de Santé de l'État de New York aussi longtemps que mon enfant est inscrit à l'école. Je peux retirer mon consentement à tout moment, par préavis au OHCP. Je comprends que la confidentialité entre l'élève et le fournisseur clinique de santé bucco-dentaire sera assurée pour les domaines de service spécifiques conformément à la loi, et que les élèves seront encouragés à engager leurs parents/tuteurs dans les décisions relatives au suivi psychologique et aux soins bucco-dentaires. Les Services cliniques de santé bucco-dentaire scolaires peuvent inclure, mais sans s'y limiter, les services de santé bucco-dentaire préventifs, les services de restauration et les procédures d'urgence. Les services de santé bucco-dentaire préventifs incluent, mais sans s'y limiter, les examens dentaires complets, les traitements d'hygiène dentaire, les radiographies, les scellants et le traitement au fluor. Ceci peut également comprendre l'application de diamine de fluorure d'argent sur les molaires pour arrêter la progression des cavités (le diamine de fluorure d'argent peut décolorer toute cavité, provoquant une couleur marron ou noire). Pour les services autres que les examens dentaires complets et les services de santé bucco-dentaire préventifs, le OHCP informera le parent/tuteur des services et traitements à fournir comprenant les obturations, extractions, et l'utilisation d'anesthésies ou d'autres médicaments. Si le parent/tuteur n'y consent pas, ces services ne seront pas fournis.

**CONSENTEMENT PARENTAL CONFORME À L'HIPAA POUR LA PUBLICATION DES  
INFORMATIONS DE SANTÉ BUCCO-DENTAIRE**

Ma signature au verso de ce formulaire autorise la publication des informations de santé. Ces informations peuvent être protégées de la divulgation par la loi de confidentialité fédérale et la loi étatique.

En signant le présent consentement, j'autorise les informations de santé à être publiées au Conseil de l'Éducation de la Ville de New York (Département de l'Éducation de la Ville de New York a/k/a), qui peut inclure les infirmières de l'école, car ceci est requis par la loi, les réglementations du Chancelier, car ceci est nécessaire pour protéger la santé et la sécurité de l'élève ou afin de traiter une demande avec le prestataire d'assurance de mon enfant. À ma demande, l'établissement ou la personne divulguant ces informations de santé doivent me fournir une copie du présent formulaire.

Les parents sont obligés par la loi de fournir certaines informations à l'école, telles que des preuves d'immunisation. Le défaut de fournir ces informations peut engendrer l'exclusion de l'élève de l'école.

Mes questions sur le présent formulaire ont été répondues. Je comprends que je ne dois pas autoriser la publication des informations de santé de mon enfant, et que je peux changer d'avis à tout moment et révoquer mon autorisation en écrivant au OHCP. Cependant, après qu'une divulgation ait été faite, elle ne peut être révoquée de manière rétroactive pour couvrir les informations publiées avant la révocation.

J'autorise le OHCP à publier des informations de santé spécifiques sur l'élève nommé au verso au Conseil de l'Éducation de la Ville de New York (Département de l'Éducation de la Ville de New York a/k/a)

**Je consens à la publication par le Fournisseur au Département de l'Éducation de NYC et par le Département de l'Éducation de NYC au OHCP, des informations de santé soulignées ci-après pour satisfaire aux exigences réglementaires et s'assurer que l'école dispose des informations nécessaires pour protéger la santé et la sécurité de mon enfant. Je comprends que ces informations resteront confidentielles conformément à la loi Fédérale et Étatique et aux réglementations du Chancelier sur la confidentialité :**

- Conditions qui peuvent exiger une urgence
- Conditions qui limitent l'activité quotidienne d'un élève (Formulaire 103S)
- Diagnostic de certaines maladies contagieuses (ne comprenant pas l'infection VIH/les IST et les autres services confidentiels protégés par la loi)
- Couverture assurance santé

**Ma signature à la page 1 du présent formulaire donne également mon consentement au OHCP à contacter d'autres fournisseurs qui ont examiné mon enfant et à obtenir les informations d'assurance.**

La Publication des informations est autorisée à compter de la date de la signature du formulaire jusqu'à ce que l'élève ne soit plus inscrit au Programme clinique de santé bucco-dentaire scolaire ou jusqu'à ce qu'il soit révoqué, selon la première éventualité.

**Les Droits des patients et la Politique de confidentialité sont fournis par le OHCP, conformément à la loi.**