

Informations sur l'inscription au Centre de santé scolaire

2021-2022

Cher parent,

En partenariat avec les écoles publiques de Portland, Westbrook et South Portland et le centre médical du Maine, Greater Portland Health offre les services du Centre de santé scolaire dans les établissements suivants : Portland High School, Deering High School, Casco Bay High School, PATHS and King Middle School, Westbrook High School et South Portland High School.

Veillez remplir le formulaire d'inscription au centre de santé ci-joint pour permettre à votre enfant de bénéficier des services de santé scolaire dans son établissement. **Si votre enfant est suivi régulièrement par un médecin généraliste ou un spécialiste de la santé mentale, il est toujours possible de l'inscrire au Centre de santé scolaire de Greater Portland Health.** Notre objectif consiste à connecter tous les enfants et leurs parents à un centre médical de soins primaires. Le Centre de santé scolaire de Greater Portland Health vient compléter les services offerts par le médecin généraliste qui traite régulièrement votre enfant et coordonne les soins avec ce dernier, s'il y a lieu. Pour en savoir plus, veuillez consulter le site Internet de Greater Portland Health (<http://www.greaterportlandhealth.org/>).

Les demandes de remboursement pour les services rendus seront déposées auprès des services d'assurance, le cas échéant. Greater Portland Health offre un programme de tarif dégressif pour les patients sans assurance.

<p>Services fournis par le Centre de santé scolaire de Greater Portland Health :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Services de soins médicaux primaires • Services de santé comportementale • Services de soins psychiatriques • Services de soins dentaires (inscription séparée) • Services de téléconsultation médicale 	<p>Cinq principales raisons d'inscrire votre enfant :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Personnel sympathique et bienveillant 2. Prise de rendez-vous pratique et rapide (pas besoin de se déplacer !) 3. Coordination avec le médecin généraliste de votre enfant 4. Soins de qualité prodigués avec compassion 5. Surveillance facile des conditions chroniques
---	---

Dans ce paquet, vous trouverez :

- Un formulaire d'inscription au centre de santé - **veuillez le remplir, le signer et le remettre au centre de santé scolaire ou à l'infirmier/l'infirmière scolaire. Veuillez le remplir même si votre enfant était inscrit l'année dernière car les informations doivent être mises à jour.**
- Un avis de confidentialité de Greater Portland Health - au verso de cette lettre - à conserver dans vos dossiers.
- Questions fréquemment posées sur les centres de santé scolaire - à conserver dans vos dossiers.
- Pour en savoir plus, veuillez contacter Jason Goff, directeur du programme de soins de santé en milieu scolaire au (207) 874-2141 poste 8402 ou jgoff@greaterportlandhealth.org.

Vous trouverez un formulaire d'inscription au programme dentaire séparé dans le paquet de votre enfant.

AVIS RELATIF AUX PRATIQUES EN MATIÈRE D'INFORMATIONS DE SANTÉ

Le présent avis décrit la manière dont les informations médicales vous concernant peuvent être utilisées et divulguées, et de quelle façon vous pouvez y accéder. Veuillez le lire attentivement.

Comprendre votre dossier/vos informations de santé

Lors de chaque consultation au Greater Portland Health, cette visite est documentée. Cet enregistrement pourra comprendre vos symptômes, résultats d'examen et de tests de laboratoire, diagnostic, traitement et un plan décrivant les soins/services à venir. Ces informations, appelées dossier médical/de santé, constituent un élément essentiel des soins/services que nous vous fournissons. Elles servent de :

- base de planification de vos soins et votre traitement ;
- moyen de communication avec les professionnels de santé qui participent à vos soins ;
- document légal décrivant les soins/services que vous recevez ;
- justificatif prouvant aux tiers payeurs (compagnies d'assurance) que les services ont été fournis.

Vos droits concernant vos informations de santé

Bien que votre dossier médical soit la propriété physique de Greater Portland Health, ces informations vous appartiennent. En vertu des règles fédérales sur la confidentialité, vous avez le droit de :

- recevoir un avis décrivant l'utilisation et la divulgation de votre dossier médical/de santé, y compris une copie papier de l'avis, si vous le souhaitez ;
- demander que l'utilisation et la divulgation de vos informations de santé soient limitées ou de vous envoyer vos données confidentielles d'une autre façon ;
- consulter et obtenir un exemplaire de votre dossier ;
- demander à ce que votre dossier médical soit modifié.

Nos responsabilités

Greater Portland Health doit :

- maintenir la confidentialité de vos informations de santé ;
- vous fournir un avis décrivant les obligations légales et les pratiques en matière de confidentialité de Greater Portland Health eu égard aux informations de santé que nous recueillons et conservons à votre sujet ;
- respecter toutes les modalités du présent avis ;
- obtenir votre consentement avant de divulguer vos informations de santé/dossier médical.

Greater Portland Health se réserve le droit de modifier et corriger ses pratiques en matière de confidentialité pour continuer à se conformer aux lois fédérales et d'État. En cas de modification, les patients/clients recevront un nouvel exemplaire de l'**Avis relatif aux pratiques en matière d'informations de santé** lors de leur prochaine visite.

Divulgations permises sans consentement à des fins de priorité nationale

Greater Portland Health est autorisé à utiliser et divulguer vos informations de santé sans votre consentement :

- lorsque les lois fédérales ou d'État l'exigent ;
- aux autorités, notamment des responsables de la santé du Maine, l'agence américaine des produits alimentaires et médicamenteux (FDA), des représentants des forces de l'ordre, des organisations de collecte d'organes, des médecins légistes, en relation à des indemnités d'accident du travail, lorsque demandé pour certaines fonctions gouvernementales spécialisées, notamment les forces armées et des situations similaires et autres agences chargées de la prévention et de la lutte contre les maladies.

Entente organisée en matière de soins de santé (Organized Health Care Arrangement)

Greater Portland Health est membre de la Community Care Partnership of Maine (« CCPM »), une « entente organisée en matière de soins de santé » visant à améliorer la santé dans les collectivités desservies. Les membres de la CCPM, en collaboration avec les compagnies d'assurance, utilisent des analyses de l'état de santé de la population, un examen de l'utilisation, une évaluation de la qualité, des activités d'amélioration et autres stratégies basées sur des données probantes pour améliorer les soins de santé. Les



membres assument une responsabilité mutuelle envers la santé de tous les patients desservis par la CCPM. Les entités formant cette entente comprennent les centres de santé communautaires et hôpitaux suivants : Cary Medical Center, DFD Russell Medical Center, Fish River Rural Health, Katahdin Valley Health Center, Mayo Regional Hospital, Millinocket Regional Hospital, Nason Health Care, Pines Health Services, Penobscot Community Health Center, Greater Portland Health, Sebecook Family Doctors et St. Joseph Healthcare. L'entente organisée en matière de soins de santé de la CCPM permet à ces entités couvertes séparément, notamment Greater Portland Health, de partager entre elles les informations médicales des patients, lorsque nécessaire à la poursuite d'un traitement acceptable, au paiement ou aux interventions de soins de santé liés au travail de l'entente organisée en matière de soins de santé, sauf si la loi ou réglementation l'exige autrement. La liste des entités peut être mise à jour pour comprendre à l'avenir de nouveaux établissements. Il est possible de consulter la liste la plus récente en cliquant sur le lien suivant www.ccpmmaine.org/members ou en appelant le 207-992-9200.

Pour en savoir plus, demander des informations ou signaler un problème

Pour toutes questions, veuillez contacter Greater Portland Health, 180 Park Ave, Portland, ME 04102. (207) 874-2141 www.greaterportlandhealth.org. Si vous pensez que vos droits à la confidentialité n'ont pas été respectés, vous pouvez déposer une plainte auprès du responsable de la confidentialité et de la sécurité (Privacy and Safety Officer) à l'adresse susmentionnée ou du ministre de la Santé et des services humains (Secretary of Health and Human Services) à Washington, D.C. Le dépôt d'une plainte ne donnera lieu à aucune représailles.

Inscription au Centre de santé scolaire de Greater Portland Health

Formulaire d'autorisation d'utilisation et de divulgation d'informations en matière de soins de santé

En signant ci-après, je reconnais et consens à ce qui suit, eu égard à l'inscription de mon enfant au Centre de santé scolaire de Greater Portland Health (« le Centre de santé scolaire GPH ») et à la divulgation du dossier médical de mon enfant et d'informations connexes :

- J'ai reçu et lu l'Avis relatif aux pratiques en matière d'informations de santé du Centre de santé scolaire GPH qui offre des conseils concernant l'utilisation et la divulgation potentielles des informations de santé contenues dans le dossier médical de mon enfant, conformément aux normes de confidentialité de la loi HIPAA.
- J'autorise le Centre de santé scolaire GPH à accéder au dossier médical de mon enfant, y compris sans toutefois s'y limiter, aux informations concernant la santé physique, le comportement et les services de consultation, le cas échéant, et à toutes informations connexes, aux fins de traitement ou comme exigé et permis par la loi, comme déterminé par le Centre de santé scolaire GPH.
- J'autorise le Centre de santé scolaire GPH à fournir à l'école (y compris à l'infirmier/infirmière et aux assistants sociaux) des informations extraites des dossiers du Centre de santé scolaire GPH, comme il est jugé nécessaire et approprié à des fins de traitement ou comme exigé et permis par la loi, comme déterminé par le Greater Portland Health.
- J'autorise le Centre de santé scolaire GPH à communiquer les informations contenues dans ses dossiers (y compris les dossiers médicaux de l'école s'ils font partie des dossiers du centre) à d'autres médecins et prestataires de soins, y compris des médecins généralistes, dentistes et spécialistes de la santé mentale, pour faciliter l'administration des soins à mon enfant.
- J'autorise le médecin généraliste, dentiste et spécialiste de la santé mentale de mon enfant (« Prestataires tiers ») à fournir des informations de santé et dossiers médicaux au Centre de santé scolaire GPH pour faciliter l'administration des soins par le Centre de santé scolaire GPH à mon enfant. Je comprends que lesdits Prestataires tiers peuvent me demander de signer une autorisation séparée pour autoriser la divulgation des dossiers concernant le traitement par ces derniers.
- J'autorise le Centre de santé scolaire GPH à communiquer des informations extraites des dossiers du Centre de santé scolaire GPH, s'il y a lieu, aux compagnies d'assurance ou autres débiteurs.
- Je comprends et accepte comme suit : (i) Cette autorisation est valable pendant un an à compter de la date de signature, sauf si une durée plus brève est stipulée aux présentes et (ii) je peux révoquer cette autorisation à tout moment en déposant un avis écrit de retrait de l'autorisation, sauf dans la mesure où le Centre de santé scolaire GPH s'est fié au consentement original.

✍ **Signature du parent/tuteur :** _____ **Date :** _____

Nom en caractères d'imprimerie : _____ **Relation avec l'enfant :** _____

Nom de l'école : _____	Niveau de scolarité : _____
Nom de l'élève : _____ (Informations identiques à celles figurant sur la carte MaineCare, le cas échéant)	Date de naissance : ____/____/____ Genre _____
Adresse : _____	Code postal : _____ Sans-abri <input type="checkbox"/>
Téléphone des parents : _____ Message acceptable Oui/Non	Adresse courriel pour Telehealth _____

Nom de l'assurance _____ N° d'assuré _____ N° de groupe _____ Adresse pour la demande de remboursement _____ Nom du garant/parent : _____ N° de téléphone : _____ Numéro d'identification MaineCare (se termine avec un A) _____	Êtes-vous sans assurance ? Oui / Non Si vous êtes sans assurance, l'un de nos conseillers spécialisés dans l'aide financière vous contactera pour <u>discuter de l'assurance</u> et de notre programme de tarif dégressif.
--	--

Informations sur la santé : Médecin généraliste/Prestataire de soins de santé : _____ Mon enfant a subi un examen médical au cours des deux dernières années. _____ Oui _____ Non _____ Ne sais pas Mon enfant devra se faire vacciner cette année. _____ Oui _____ Non _____ Ne sais pas Votre enfant souffre-t-il d'asthme ? Oui/Non Plan écrit de prise en charge de l'asthme à l'école ? Oui/Non Votre enfant souffre-t-il de diabète ? Oui/Non Plan écrit de prise en charge du diabète à l'école ? Oui/Non Autres problèmes de santé physique, dentaire ou mentale : _____	Antécédents médicaux personnels/familiaux - Veuillez cocher l'une des conditions suivantes si elle s'applique aux antécédents médicaux de votre famille : ____ Allergies _____ Diabète ____ Maladie immunitaire _____ Asthme ____ Cardiopathie _____ Maladie mentale ____ Abus d'alcool ou de drogue _____ Hypertension ____ Cholestérol élevé _____ Tuberculose
--	---

Race de l'élève : _____ Blanche _____ Noire, africaine, afro-américaine _____ Autre, Polynésienne _____ Asiatique _____ Indienne de l'Amérique du Sud/centrale/du Nord, Autochtone de l'Alaska _____ Autochtone de Hawaï _____ Multiracial Ethnicité de l'élève : _____ Hispanique/latino _____ Non-hispanique/latino

Revenu total annuel du ménage : _____	Nombre total de membres de la famille vivant au foyer : _____
Nom du chef du ménage : _____	Relation avec l'élève : _____

En signant ce formulaire, je reconnais et comprends que :

- J'ai reçu et lu la lettre aux parents relative au Centre de santé scolaire de Greater Portland Health (« GPH ») où sont présentés ce centre ainsi que les services et avantages dont mon enfant pourra bénéficier.
- Le Centre de santé scolaire de GPH est une entité distincte de l'école et du bureau de l'infirmière scolaire. Le Centre de santé scolaire de GPH fournit des évaluations de soins primaires et une variété de traitements de soins de santé en milieu scolaire tout en communiquant avec d'autres prestataires pouvant administrer des soins à mon enfant.
- Ce consentement est valide pendant toute la période à laquelle l'élève est inscrit dans un établissement du Portland School System, Westbrook School System ou South Portland School System ou jusqu'au transfert vers un autre établissement (p. ex, du collège au lycée). Au moment du transfert vers un lycée, je dois inscrire de nouveau mon enfant au Centre de santé scolaire de GPH si je souhaite qu'il ou elle continue à bénéficier des services offerts dans ce centre.
- Il m'est demandé de lire avec attention et signer le Formulaire d'autorisation d'utilisation et de divulgation d'informations en matière de soins de santé en lien avec l'inscription de mon enfant au Centre de santé scolaire de GPH.

J'ai lu ce formulaire dans son intégralité et je consens à inscrire mon enfant au Centre de santé scolaire de GPH pour le moment.

☒ **Signature du parent/gardien :** _____ Date : _____

Nom en caractères d'imprimerie : _____ Relation avec l'enfant : _____