

## Information sur l'inscription au centre de santé scolaire

2019-2020

Cher parent / tuteur ,

En partenariat avec Portland Public Schools et Maine Medical Center, Greater Portland Health offre des services de centre de santé scolaire à: Portland High School, Deering High School, Casco Bay High School, PATHS et King Middle School.

Veuillez remplir le formulaire d'inscription médicale ci-joint pour permettre à votre enfant d'avoir accès aux services de santé en milieu scolaire dans son école. **Si votre enfant a déjà un fournisseur de soins primaires ou un fournisseur de soins de santé mentale, vous pouvez toujours l'inscrire au centre de santé scolaire de Greater Portland Health.** Notre objectif est que tous les enfants et leurs parents soient connectés à une maison médicale de soins primaires. Le centre de santé scolaire de Greater Portland Health complète les services du fournisseur habituel de soins primaires de votre enfant et coordonne les soins avec eux, le cas échéant. Veuillez vous rendre sur le site Web de Greater Portland Health ( <http://www.greaterportlandhealth.org/> ) pour plus d'informations.

Les réclamations d'assurance seront soumises pour les services rendus, le cas échéant. Si un patient n'a pas d'assurance Greater Portland Health offre une échelle de frais variable.

<p><b>Le centre de santé scolaire de Greater Portland Health fournit:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Services de santé médicaux primaires</li> <li>• Services de santé comportementale</li> <li>• Services psychiatriques</li> <li>• Services de santé dentaire (inscription séparée)</li> </ul>	<p><b>Les 5 principales raisons d'inscrire votre enfant:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Personnel amical et attentionné</li> <li>2. Programmation pratique et rapide (aucun transport requis!)</li> <li>3. Coordination avec le fournisseur de soins primaires de votre enfant</li> <li>4. Qualité et compassion</li> <li>5. Surveillance facile des maladies chroniques</li> </ol>
--	--

### Dans ce paquet, vous trouverez:

- Formulaire d'inscription médicale - **veuillez remplir, signer et retourner au centre de santé scolaire ou à l'infirmière de l'école. S'il vous plaît remplir même si votre enfant a été inscrit l'année dernière que les informations mises à jour sont nécessaires.**
- L'avis de confidentialité de Greater Portland Health - au verso de cette lettre - à conserver
- Foire aux questions (FAQ) sur les SBHC - pour vous de garder

Recherchez un formulaire d'inscription dentaire distinct dans le paquet du premier jour de votre enfant.

## **REMARQUER DES PRATIQUES D'INFORMATION SUR LA SANTÉ**

Cet avis décrit comment les informations médicales vous concernant peuvent être utilisées et divulguées et comment vous pouvez accéder à ces informations. Veuillez les lire attentivement.

### **Comprendre votre dossier de santé / information**

Lorsque vous visitez Greater Portland Health, un dossier de la visite est documenté. Cet enregistrement peut contenir vos symptômes, les résultats des examens et des tests, le diagnostic, le traitement et un plan pour vos soins / services futurs. Cette information appelée votre dossier de santé / médical est une partie essentielle des soins de santé / services que nous vous fournissons. Il sert de:

- Base pour planifier vos soins et votre traitement.
- Moyens de communication avec les professionnels de la santé qui contribuent à vos soins.
- Document légal décrivant les soins / services que vous recevez.
- Vérification auprès des tiers payeurs (compagnie 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, l'information vous appartient. En vertu des règles fédérales sur la vie privée, vous avez le droit de:

- Recevoir un avis de l'utilisation et la divulgation de votre dossier de santé / médical, y compris une copie papier de l'avis si demandé.
- Demander des restrictions sur l'utilisation et la divulgation de vos informations de santé, ou demander que nous envoyions vos communications confidentielles par d'autres moyens.
- Inspectez et obtenez une copie de votre dossier.
- Demandez que votre dossier de santé soit modifié.

### **Nos responsabilités**

Greater Portland Health est nécessaire pour:

- Maintenir la confidentialité de vos informations de santé.
- Vous fournir un avis concernant les obligations légales et les pratiques de confidentialité de Greater Portland Health en ce qui concerne les informations de santé que nous recueillons et conservons à votre sujet.
- Respecter les termes de cet avis
- Obtenez votre consentement avant de divulguer vos informations médicales / médicales.

Greater Portland Health se réserve le droit de modifier et de réviser ses pratiques de confidentialité afin de rester en conformité avec les lois fédérales et nationales. Si cela s'avère nécessaire, les patients / clients recevront un nouvel **Avis de pratiques d'information sur la santé** lors de la prochaine visite.

### **Divulgations permises sans consentement aux fins de la priorité nationale**

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

- Requis par l'état ou la loi fédérale.
- Aux autorités, y compris les médecins de l'État, la Food and Drug Administration, l'application de la loi, les organismes d'approvisionnement en organes, les médecins légistes, en rapport avec l'indemnisation des travailleurs, pour certaines fonctions gouvernementales spécialisées, y compris militaires et similaires. contrôler la maladie.

### **Arrangement de soins de santé organisé**

Greater Portland Health est membre de Community Care Partnership of Maine ( « CCPM » ), un « arrangement de soins de santé organisé » axée sur l'amélioration de la santé des collectivités qu'elle dessert. Les membres de CCPM, en collaboration avec des compagnies d'assurance, utilisent l'analyse de la santé de la population, l'examen de l'utilisation, les activités d'évaluation et d'amélioration de la qualité et d'autres stratégies fondées sur des données probantes pour améliorer vos soins de santé. Les membres sont mutuellement responsables de la santé de tous les patients desservis par CCPM. Les entités qui composent cet arrangement de soins de santé organisés comprennent les centres de santé communautaire et les hôpitaux suivants: Centre médical Cary, Centre médical DFD Russell, Santé rurale Fish River, Centre de santé Katahdin Valley, Hôpital régional Mayo, Hôpital régional Millinocket, Soins de santé Nasson , les services de santé Pines,

Penobscot Community Health Centre, Grand Portland Santé, Sebecook médecins de famille, et St. Joseph Healthcare. L'arrangement de soins de santé organisés du CCPM permet à ces entités distinctes, y compris Greater Portland Health, de partager entre elles les RPS nécessaires pour effectuer des traitements, des paiements ou des soins de santé admissibles liés au travail de l'arrangement de soins de santé organisé, sauf limité par la loi, la règle ou la réglementation. La liste des entités peut être mise à jour pour s'appliquer à de nouvelles entités dans le futur. Vous pouvez accéder à la liste la plus récente sur [www.ccpmaine.org/members](http://www.ccpmaine.org/members) ou appeler le 207-992-9200.

**Pour plus d'informations, pour demander des informations ou signaler un problème**

Si vous avez des questions, vous pouvez contacter Greater Portland Health, 180 Park Ave, Portland, ME 04102. (207) 874-2141. [www.greaterportlandhealth.org](http://www.greaterportlandhealth.org) . Si vous croyez que vos droits à la vie privée ont été violés, vous pouvez déposer une plainte auprès de l'agent de confidentialité et de sécurité à l'adresse ci-dessus ou auprès du Secrétaire de la Santé et des Services humains, Washington, DC.

**2019-2020 Centre de santé scolaire  
Formulaire d'engagement**

**\*\* S'il vous plaît remplir tous les champs et retourner à l'école \*\***

Nom de l'enfant \_\_\_\_\_  
(Même que sur la carte MaineCare, le cas échéant)

Date de naissance \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Sexe M F T  
Adresse \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_ -Sans-abri    
Parent téléphone de jour \_\_\_\_\_ Msg. OK oui / non  
Autre téléphone \_\_\_\_\_ Msg. OK oui / non  
Cellule de l'étudiant (pour les rappels de rendez-vous) \_\_\_\_\_ Msg. OK oui / non  
École \_\_\_\_\_ Grade \_\_\_\_\_

Numéro d'identification de MaineCare (se termine par A)

\_\_\_\_\_ ID du numéro de police

Groupe # \_\_\_\_\_

Nom de la personne assurée \_\_\_\_\_ non assure

**Si vous n'êtes pas assuré, l'un de nos conseillers en aide financière communiquera avec vous pour discuter de l'assurance et de nos barèmes d'honoraires variables.**

**Histoire de la santé**

Médecin principal / fournisseur de soins de santé:

\_\_\_\_\_

Mon enfant a subi un examen physique au cours des deux dernières années. \_\_\_\_ oui \_ \_\_ non \_\_\_\_ ne sait pas

Mon enfant aura besoin d'immunisations cette année. \_\_\_\_ oui \_ \_\_ non \_\_\_\_ ne sait pas

Allergies: \_\_\_\_\_

Est-ce que votre enfant souffre d'asthme? oui / non Plan écrit sur l'asthme à l'école? oui / non

Est-ce que votre enfant a le diabète? Oui / non Plan écrit sur le diabète à l'école? Oui Non

Autres problèmes de santé physique, dentaire ou mentale: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Maladies, blessures ou hospitalisations antérieures importantes:

\_\_\_\_\_

Médicaments actuels:

\_\_\_\_\_

Antécédents familiaux en matière de santé - Veuillez vérifier les antécédents familiaux pour l'un des problèmes de santé suivants:

\_\_\_\_\_ Allergies \_\_\_\_\_ Diabète \_\_\_\_\_ Trouble immunitaire \_\_\_\_\_ Asthme \_\_\_\_\_ Maladie cardiaque

\_\_\_\_\_ Maladie mentale \_\_\_\_\_ Alcoolisme ou toxicomanie \_\_\_\_\_ Hypertension artérielle \_\_\_\_\_ Trouble des convulsions \_\_\_\_\_ Cancer

\_\_\_\_\_ High cholestérol \_\_\_\_\_ Tuberculose

Course des enfants: \_\_\_\_\_ Blanc \_\_\_\_\_ Noir, Africain, Afro-américain \_\_\_\_\_ Autre Océanien \_\_\_\_\_  
Asiatique \_\_\_\_\_ Indien du Sud / Centre / Amérique du Nord, Alaska Autochtone \_\_\_\_\_ Hawaïen  
indigène \_\_\_\_\_ Multiracial

Revenu annuel total du ménage: \_\_\_\_\_

Nombre total de membres de la famille vivant dans le ménage:  
\_\_\_\_\_

PARENTS: Veuillez **REmplir** et **SIGNER LE DOS** de ce formulaire d'inscription pour permettre à votre enfant d'utiliser le Centre de santé scolaire de Greater Portland Health . Pour les situations spéciales, les étudiants sont autorisés à remplir et signer le formulaire d'inscription eux-mêmes.

### **Consentement à l'utilisation du centre de santé de Greater Portland Health School et autorisation de divulgation de renseignements**

Je donne la permission à mon enfant, \_\_\_\_\_, d'utiliser le centre de santé scolaire de Greater Portland Health, qui peut comprendre des services médicaux, dentaires ou de santé mentale. J'autorise également la SBHC à effectuer une évaluation des risques de mon enfant, à titre d'évaluation rapide pour les services préventifs pour les adolescents (RAAPS), à sa seule discrétion, jugée nécessaire ou appropriée (pour plus d'informations, voir raaps.org).

- Je comprends que ma signature indique que j'ai reçu et lu la lettre aux parents du centre de santé scolaire de Greater Portland Health .
- Je comprends que ma signature indique que j'ai reçu et lu l' avis de confidentialité du centre de santé scolaire Greater Portland Health .
- J'autorise le personnel du centre de santé scolaire de Greater Portland Health à accéder au dossier de santé scolaire de mon enfant et autorise le personnel du centre de santé scolaire de Greater Portland Health et l'infirmière scolaire ou le travailleur social scolaire à partager les informations et dossiers médicaux pertinents. à des fins de traitement.
- J'autorise le fournisseur de soins primaires, le dentiste et le professionnel de la santé mentale de mon enfant à partager les informations et les dossiers de santé avec le Centre de santé scolaire pour prendre soin de mon enfant et je permets au centre de santé scolaire de Greater Portland Health de partager des renseignements sur la santé et des dossiers avec le fournisseur de soins primaires, le dentiste et le professionnel de la santé mentale de mon enfant, selon le cas, afin de faciliter les services de traitement ainsi que la continuité et la coordination des soins.
- Autorisation: Cette autorisation est valide pour la durée pendant laquelle l'élève est inscrit au Portland School System ou jusqu'à ce qu'il soit transféré dans une autre école (c.-à-d. Du collège au lycée). Je reconnais que lorsque mon élève est transféré de l'école secondaire à l'école secondaire, je dois le réinscrire au centre de santé si je souhaite qu'il continue de recevoir des services au centre de santé scolaire de Greater Portland Health. Je comprends que je peux révoquer cette autorisation à tout moment en soumettant un avis écrit du retrait de mon consentement. Je reconnais que les dossiers de santé, s'ils sont reçus par le district scolaire, peuvent ne pas être protégés par la loi HIPAA, mais deviendront des dossiers d'éducation protégés par la loi sur les droits éducatifs familiaux et la vie privée (FERPA). J'ai lu complètement ce formulaire et accepte d'inscrire mon étudiant au centre de santé en ce moment.



**Signature du parent / tuteur:** \_\_\_\_\_ **Date:** \_\_\_\_\_

Nom en caractères d'imprimerie: \_\_\_\_\_

Relationship \_\_\_\_\_