

**Département de santé de Cincinnati
Centre de santé en milieu scolaire (SBHC) dossier d'inscription**

Merci de compléter et de signer toutes les pages.

Nom de l'élève /patient STUDENT/PATIENT'S NAME: _____ date de naissance / DOB: /__ /__ Genre /Gender: **M** **F** **Trans**:

Sécurité Sociale de l'enfant/ Child's Social Security #: _____ Identite de l'assurance mediacale/ Medical Card/Insurance ID: _____

CareSource Molina Buckeye Paramount United Health Care pas assurance No Insurance Autres

SERVICES DE SANTÉ MÉDICALE:



Oui, je donne mon consentement à ce que mon enfant **reçoive des soins médicaux, y compris des soins de routine (p. ex. travail, garderie et sport), des immunisations appropriées, du vernis fluoré et un traitement pour une maladie ou une blessure, y compris des médicaments en vente libre, à moins que les médicaments en vente libre, sauf si les services d'urgence sont nécessaires. (Remarque : Les services de garde comprennent le dépistage de la vue et de l'audition, les analyses d'urine et de sang, les vaccinations au besoin et un examen génital externe, le cas échéant.) Mon enfant peut être transporté /accompagné à et de services dentaires par un détenu de l'école. Moi, le parent ou le tuteur de l'enfant nommé ci-dessus, Je libère la ville de Cincinnati, ses membres du conseil municipal, les employés et les agents et représentants des autorisés, et les écoles publiques de Cincinnati CPS, ses membres du conseil d'administration, les administrateurs, les employés et les agents autorisés et les représentants de toute responsabilité liée aux blessures ou dommages causés par le transport de mon enfant à destination et en provenance des services de santé.**

S'il vous plaît noter: dans l'Ohio, les mineurs peuvent accéder à un service confidentiel pour les infections sexuellement transmissibles et la planification familiale, y compris la fourniture de contraceptifs tels que des préservatifs ou des pilules contraceptives sans le consentement des parents.

NON, je ne souhaite pas que mon enfant reçoive des services de sante médicales En milieu scolaire (SBHC)

SERVICES DES SOINS DENTAIRES :



Oui, je donne mon consentement à ce que mon enfant reçoive des soins des **SERVICES Dentaires** dans un centre du Département de la santé de Cincinnati (CHD) ou une clinique scolaire ou mobile, y compris des soins préventifs, des examens dentaires, des radiographies, des produits d'étanchéité, des obturations, une anesthésie locale, l'ablation des dents et des canaux radiculaires si nécessaire. D'autres procédures préventives seront fournies à l'école. Mon enfant peut être **transporté /accompagné** à et de services dentaires par un détenu de l'école. Moi, le parent ou le tuteur de l'enfant nommé ci-dessus, Je libère la ville de Cincinnati, ses membres du conseil municipal, les employés et les agents et représentants des autorisés, et les écoles publiques de Cincinnati CPS, ses membres du conseil d'administration, les administrateurs, les employés et les agents autorisés et les représentants de toute responsabilité liée aux blessures ou dommages causés par le transport de mon enfant à destination et en provenance des services de santé.

Non, je ne souhaite pas à ce que mon enfant reçoive DES SOINS DES SERVICES DENTAIRES.

LES SERVICES DES SOINS OPHTALMOLOGIQUES :



• **OUI**, je donne mon consentement à ce que mon enfant reçoive **des services des soins ophtalmologiques** au Centre de vision OneSight de l'école, au centre Oyler ou à l'Académie des langues du monde (AWL), qui peut inclure des examens complets de la vue, y compris la dilatation, la thérapie de la vision, et l'ajustement et la distribution de correction de la vision. Mon enfant peut être **transporté /accompagné** à et depuis les services de centre oculaire par un responsable de l'école. Moi, le parent ou le tuteur de l'étudiant nommé ci-dessus, Je libère la ville de Cincinnati, ses membres du conseil municipal, les employés et les agents et représentants des autorisés, et les écoles publiques de Cincinnati CPS, ses membres du conseil d'administration, les administrateurs, les employés et les agents autorisés et les représentants de toute responsabilité liée aux blessures ou dommages causés par le transport de mon enfant à destination et en provenance des services de santé.

• **NON**, je ne souhaite pas que Mon enfant reçoive des services **des soins ophtalmologiques**.

Signature du parent /Parent / Guardian Signature (or) _____ Nom du parent Parent/Guardian _____ DATE _____

Telephone /Phone (best) _____ Telephone2 /Phone #2 _____ Telephone3/Phone #3 _____

Adresse /ADDRESS _____ Rue _____ APT _____ Ville CITY _____ Etat /TATE _____ Code postal _____

Je donne mon consentement a ce que mon enfant reçoive les services que j'ai marqués dans les cases ci-dessus. Je suis d'accord avec les termes et les conditions concernant le PAYMENT des SERVICES et le partage des informations tels qu'ils sont expliqués dans le formulaire de description du programme (ci-joint).Le Consentement en vigueur reste valable jusqu'à ce qu'il soit annulé par écrit par le Parent / Guardian.

Nom de l'élève /patient /STUDENT/PATIENT'S NAME: _____ Date de naissance /DOB: __/__/____

Pour fournir des services de santé scolaires à votre enfant, nous avons besoin des informations suivantes :

Nom du Parent / tuteur -Parent / Guardian's Name: _____ Date de naissance Parent / Guardian's Date of Birth: _____

Relation avec L'Enfant /Relationship to Child: _____ Securite Social du parent Parent / Guardian's Social Security No.: _____

Adresse /Address: _____ Ville et code postal City/State/ZIP: _____

Personne a contacter en cas d'urgence/ Emergency Contact Person: _____ telephone /Phone Number: _____

Historique de sante de

❖ Avez-vous un medecin de soins primaires? oui non

Nom du Docteur /Clinique : _____ Telephone #: _____ Fax _____

Date du dernier examen physique annuel complet (de la tete aux orteils): _____

❖ Avez-vous un medecin dentiste de soins primaires? oui non

Nom du Docteur Dentiste /Clinique : _____ Telephone #: _____ Fax _____

Date du dernier examen dentaire de routine : _____

❖ Avez-vous un medecin ophtalmologiste de soins primaires? oui non

Nom du Docteur ophtalmo /Clinique : _____ Téléphone #: _____
Fax _____

- Date du dernier examen dentaire de routine : _____

Date du dernier examen de vision de routine : _____

❖ Avez-vous une pharmacie de preference ? Oui Non

Pharmacie de preference: _____ Téléphone #: _____ Fax #: _____

Prière de préciser si votre enfant a un problème particulier de santé :

Prière de préciser si votre enfant a une allergie particulière Merci de lister les types d'allergie y compris les allergies concernant l'alimentation les médicaments ou allergies saisonnières etc.

Est-ce que votre enfant a visité un medecin spécialiste? Si oui merci de préciser les conditions, le nom du medecin et son numéro de téléphone

Veillez énumérer tous les médicaments (prescrits ou en vente libre) que votre enfant prend à la maison quotidiennement ou selon les besoins (comme les médicaments contre le TDAH, les allergies, l'asthme ou les maux de tete) :

**** REMARQUE SPÉCIALE : Si votre élève doit prendre des médicaments à l'école, y compris des médicaments d'urgence (comme un inhalateur ou un epi Pen), vous devez remplir un formulaire d'administration de médicaments aux écoles publiques de Cincinnati.**

Votre enfant a-t-il subi des opérations, des blessures graves ou des hospitalisations? Non Oui

S'il vous plaît fournir la raison et les dates: _____

Votre enfant a-t-elle déjà été enceinte? Non Oui Si oui, combine elle a d'enfants vivants: _____

Votre enfant a-t-il été victime d'abus? Non Oui

Est-ce que quelque chose de mauvais, effrayant ou triste est arrivé à votre famille? No Yes

Prière d'expliquer : _____

Préoccupations scolaires : Expliquez les réponses OUI sur la ligne fournie.

Votre enfant est-il dans une classe spéciale (Spécial Ed / IEP / 504 Plan)? Oui Non _____

Est-ce que votre enfant a redoublé la classe ? Oui Non _____

Votre enfant a-t-il souvent des ennuis à l'école?? Oui Non _____

Quelles sont les notes de votre enfant? _____ Est-ce qu'il y a un changement ? Oui Non

Évaluation des risques liés à la tuberculose:

Votre élève est-il en contact avec l'une des personnes suivantes : Immigrants d'un autre pays, personne diagnostiquée ou traitée pour la tuberculose, enfants ou adultes incarcérés, infectés par le VIH, sans-abri, résidents de maisons de soins infirmiers, enfants ou adultes placés en institution, les consommateurs de drogues illicites, les travailleurs agricoles migrants? pour vous étudiant, Priere de faire une circle Oui ou no en bas, et expliquer toutes les réponses oui dans l'espace fourni. For your student, please circle yes or no below, and explain any yes answers in space provided.

Diagnostique or traite pour la TB?

Diagnosed or treated for TB?

Immigre a partir d'un autre pays

Il a voyage vers un autre pays ?

_____ No _____ Oui _____

_____ NO _____ Oui _____

_____ No _____ Oui _____

Traveled to another country?

Il n'a jamais été en prison ou détenu au centre (2020) ? ___No___Oui_____

Ever been in jail or in Juvenile Detention Center (2020)?

Consentement pour la Sédation d'Oxyde nitreux

Nom de L'Enfant / Child's Name: _____

Si votre enfant a besoin d'un traitement dentaire, il peut être bénéfique ou nécessaire d'utiliser la sédation à l'oxyde nitreux afin de compléter le traitement dentaire. L'oxyde nitreux détend les enfants, les rend plus confortables et leur donne une meilleure expérience à leurs rendez-vous dentaires. En signant ce formulaire à l'avance, il nous sera plus facile de faire le traitement d'une manière plus rapide et plus efficace. Nous tenterons de vous appeler avant d'utiliser de l'oxyde nitreux sur votre enfant.

S'il vous plaît lire ce qui suit et signer en bas si vous consentez à un traitement avec sédation à l'oxyde nitreux. il ne sera utilisé que si nécessaire.

- Je donne la permission à un dentiste du département de santé de Cincinnati de donner à mon enfant la sédation à l'oxyde nitreux si indiqué. Je comprends que certains effets secondaires pourraient se produire, y compris:
- Nausées et vomissements - nous suggérons qu'aucun aliment ne soit consommé pendant au moins deux heures avant le rendez-vous.
- Transpiration excessive, et le patient peut devenir rouge ou rincé.
- Une quantité anormalement élevée de salive
- Bien qu'il ne soit pas courant, un patient peut avoir la sensation d'avoir des frissons.
- Dans des circonstances inhabituelles, un enfant peut devenir temporairement hyperactif.

Les avantages incluent la relaxation et peut-être éliminer le besoin d'injections anesthésiques locales (Novocaïne). Pour les patients qui peuvent avoir besoin des deux, l'utilisation de l'oxyde nitreux / oxygène rendra les injections beaucoup plus facile pour le patient.

À aucun moment le patient ne sera « endormi », et en tout temps le patient recevra plus d'oxygène que ce qui est présent dans l'air de la pièce. Les patients seront surveillés en permanence par le dentiste et le personnel, et un parent peut être présent aussi si demandé.

Si vous souhaitez être présent, s'il vous plaît prendre une note sur le dessus de ce formulaire et nous serons heureux de fixer un rendez-vous pour vous à votre convenance.

- Je consens à ce que mon enfant reçoive une sédation à l'oxyde nitreux si le dentiste le juge nécessaire. Je comprends que le personnel dentaire va essayer de me contacter avant de donner de l'oxyde nitreux.
- Je ne consent pas à ce que mon enfant reçoive une sédation à l'oxyde nitreux.



Signature Parent/tuteur (Parent/Guardian)

Phone Number

Date

Description du programme

Centres de santé scolaires - Cincinnati Health Department (CHD) Bienvenue au Centre de santé scolaire (SBHC).

Le Centre de santé scolaire met à la disposition de tous les élèves des soins médicaux, dentaires et de la vue en cas de besoin. Si votre enfant ou votre enfant (adolescent) tombe malade à l'école, ou a besoin d'un bilan de santé, de sport physique, d'immunisation, de soins dentaires de routine ou d'examen de vision, le Centre de santé scolaire peut vous aider..

Un dentiste peut voir votre enfant dans l'un des centres dentaires scolaires : Oylar School, et dans les écoles secondaires Aiken, Western Hills, Withrow et Woodward; et le Crest Smiles Shoppe, ou d'autres centres de santé CHD.

Si vous avez des Questions ou des besoins d'aide avec l'application? Appelez le Cincinnati Health Department's School Health Program, (513) 357-2809, ou communiquez avec l'infirmière scolaire de votre enfant.

Droits et responsabilités des patients

- Respect et égalité de traitement, de soins et d'accommodements disponibles, indépendamment de la race, de l'âge, de l'origine ethnique, de la croyance, du sexe ou de l'orientation sexuelle.
- Une évaluation des soins de santé et un plan de soins fournis avec la participation des patients.
- Accès pour parler ouvertement à votre fournisseur de soins de santé disponible en privé.
- Le patient accepte la responsabilité de mettre en œuvre les plans de traitement recommandés.
- 30 jours pour l'obtention de formulaires d'assurance ou d'invalidité.
- SBHC a avisé par le patient si le traitement est reçu dans une salle d'urgence ou un hôpital.
- En cas d'urgence après les heures de travail, le patient appelle le 911 ou se rend à la salle d'urgence la plus proche.
- Si le patient a un problème urgent et veut parler à un médecin de garde : (513) 357-7320

En ce qui concerne Le PAIEMENT DES SERVICES

- Si vous n'avez pas d'assurance maladie pour votre enfant, vous serez responsable de la facture à un prix réduit. Aucun enfant ne se verra refuser des soins médicaux en raison de l'incapacité d'une famille à payer les services.
- Si vous n'avez pas d'assurance maladie pour votre enfant, des renseignements sur le revenu de votre ménage seront demandés pour vous assurer du respect des exigences fédérales et pour déterminer si vous êtes admissible à des frais réduits ou dispensés en fonction de celui du département de la santé de Cincinnati. l'échelle des frais de glissement. Toutes les informations sont gardées confidentielles.
- Aucun enfant ne se verra refuser des soins médicaux en raison de l'incapacité d'une famille à payer les services.
- Besoin d'aide pour demander l'assistance Medicaid? Rendez-vous à notre centre de santé ou appelez le (513) 357-2787.

En ce qui concerne le partage des INFORMATIONS DE SANTE

- Le Centre de santé scolaire peut demander des dossiers médicaux ou des renseignements à tout fournisseur de soins de santé ou établissement où votre enfant a été vu.
- Les résultats de la visite seront envoyés par le Centre de santé scolaire au médecin ou à la clinique habituelle de votre enfant.
- Le PHHC, le School-Based Health Center et/ou l'infirmière de l'école du département de la santé de Cincinnati partageront des renseignements médicaux entre eux au besoin.
- Les écoles disposent d'autres ressources communautaires, y compris la santé mentale. Si des services de santé mentale sont nécessaires, le fournisseur du centre de santé peut initier une référence à un fournisseur à l'école de votre enfant ou à un site communautaire. Le fournisseur de soins de santé mentale communiquera avec vous pour obtenir votre consentement. Le fournisseur de centres de santé et le fournisseur de soins de santé mentale coordonneront les soins au besoin. Toutes les informations sont gardées confidentielles.
- Les dates de service concernant les soins dentaires, la vision et les soins médicaux terminés (comme les vaccinations, les vérifications annuelles du bien-être des enfants et les soins de l'asthme) peuvent être partagées avec l'école de votre enfant si vous acceptez et signez le formulaire d'autorisation fourni avec ce consentement.

- J'ai le droit de recevoir ou d'examiner une copie de l'avis de pratiques en matière de protection de la vie privée. Je reconnais qu'on m'a offert une copie de l'avis de pratiques en matière de protection de la vie privée :
- J'ai reçu ou révisé une copie (Signature et date)/ (signature and date) _____
- Je ne veux pas une copie (Signature et date) (signature and date) _____

J'autorise le SBHC à appeler mon téléphone à domicile ou mon téléphone cellulaire et à laisser un message à un adulte qui répond au téléphone ou sur un message vocal concernant les soins médicaux de mon enfant, y compris les résultats de laboratoire.

Signature du Parent ou tuteur /Signature – Parent or Guardian: _____

: