



COMMUNAUTÉ DENTCARE

AUTORISATION PARENTALE POUR SOINS DENTAIRES

****SIGNEZ LA DEUXIÈME PAGE DU FORMULAIRE POUR AUTORISER LES SOINS DENTAIRES****

RENSEIGNEMENTS SUR L'ÉLÈVE

Nom de famille de l'élève : _____

Prénom de l'élève : _____

Date de naissance : _____ / _____ / _____
Mois Jour Année

Sexe : Garçon Fille Grade _____

Appartenance ethnique : Hispanique De peau noire

De peau blanche Amérindien(ne)

Asiatique/des îles du Pacifique Autre _____

Adresse de l'élève : _____

_____ Ville _____ État _____ Code postal _____

Qui est le dentiste généraliste de l'élève ?

Nom : _____

Téléphone : _____

Adresse : _____

Dans quelle école est scolarisé(e) l'élève ? _____

**RENSEIGNEMENTS
SUR LE PARENT/TUTEUR/LA TUTRICE**

Mère

Nom de famille : _____ Prénom : _____

Père

Nom de famille : _____ Prénom : _____

Tuteur/tutrice légal(e), le cas échéant

Nom de famille : _____ Prénom : _____

Lien du tuteur/de la tutrice légal(e) avec l'élève

Grand-parent Tante ou oncle Autre : _____

Coordonnées du parent/tuteur/de la tutrice

Tél. domicile : _____

Tél. professionnel : _____

Tél. portable : _____

Coordonnées de personnes à contacter en cas d'urgence

Nom : _____

Lien avec l'élève : _____

Tél. domicile : _____

Tél. professionnel : _____

Tél. portable : _____

INFORMATIONS SUR L'ASSURANCE

Votre enfant bénéficie de Medicaid ? Non Oui :

N° de bénéficiaire Medicaid (ID#) _____

Votre enfant bénéficie d'un régime Medicaid Managed Care ?

Si oui, quel plan ? _____

N° du Managed Care Plan (ID#) _____

Votre enfant bénéficie d'un régime d'assurance commerciale ?

Si oui, quel plan ? _____

N° du régime d'assurance commerciale (ID#) _____

Votre enfant bénéficie d'une autre assurance dentaire ?

Non Oui : Nom : _____

Numéro de l'assurance : _____

Numéro/identifiant de la police d'assurance : _____

Des soins seront offerts à votre enfant gratuitement, qu'il/elle bénéficie d'une assurance santé ou non.

AUTORISATION PARENTALE POUR LES SOINS DENTAIRES DISPENSÉS À L'ÉCOLE

En tant que parent/tuteur/tutrice légal(e) de l'enfant mineur(e) mentionné(e) ci-dessus, j'autorise et je consens par la présente à ce que mon enfant reçoive des soins dentaires à l'école dispensés par des professionnels de santé de la Faculté de médecine dentaire de l'université de Columbia/les services de santé de l'université de Columbia (Columbia University College of Dental Medicine/Columbia University Health Care, Inc. (CUHC)) agréés par l'État dans le cadre du programme dentaire scolaire approuvé par le Département de la santé de l'État de New York, et qui procéderont à des examens dentaires, feront des radiographies, établiront des diagnostics, offriront des traitements et des services préventifs comprenant, entre autres, des détartrages, des scellants dentaires, des traitements au fluor et pourront faire des recommandations médicales pour d'autres services, si nécessaire. Je comprends que l'enfant sera soigné(e) durant mon absence. Les soins dentaires dispensés à l'école comprennent, entre autres, des examens dentaires complets, des soins d'hygiène dentaire, des radiographies, l'application de scellants dentaires et des traitements au fluor. Cela peut inclure l'application de fluorure diamine d'argent sur les molaires pour empêcher la progression des caries. (L'utilisation de fluorure diamine d'argent peut entraîner une décoloration des caries en marron ou noir). Pour des services autres que les examens dentaires complets et des services de prévention en matière de santé bucco-dentaire et de plombages, Columbia m'informerait des services et traitements à prodiguer, y compris, entre autres, des extractions et de l'utilisation d'anesthésiques ou d'autres médicaments. Si je ne donne pas mon autorisation, ces services ne seront pas dispensés. Je comprends que cette autorisation pour des examens dentaires complets, des services de prévention en matière de santé bucco-dentaire et de plombages, restera en vigueur jusqu'à ce que je l'annule par écrit. Ma signature confirme également que j'ai complété les antécédents médicaux sur la page jointe et que ces informations sont justes et exactes. S'il y a un changement concernant la santé ou les médicaments de mon enfant, j'en informerai le dentiste dès que possible.

RVSD Jan'2018/ APPRVD BY CDM-CCC JUNE 21,2018

**MERCI DE BIEN LIRE LES DEUX CÔTÉS DE CE FORMULAIRE D'AUTORISATION
LA DEUXIÈME PAGE DU FORMULAIRE DOIT ÊTRE SIGNÉE POUR AUTORISER LES SOINS DENTAIRES**



COMMUNAUTÉ DENTCARE

AUTORISATION PARENTALE POUR SOINS DENTAIRES

****SIGNEZ LA DEUXIÈME PAGE DU FORMULAIRE POUR AUTORISER LES SOINS DENTAIRES****

TRANSFERT DE PRESTATIONS ET RESPONSABILITÉ FINANCIÈRE

En tant que parent/tuteur/tutrice légal(e) de l'enfant mineur(e) mentionné(e) ci-dessus, je cède et transfère par la présente à la Faculté de médecine dentaire de l'université de Columbia/les services de santé de l'université de Columbia des fonds suffisants et/ou des prestations auxquels je pourrais avoir droit provenant d'agences gouvernementales, de compagnies d'assurance ou d'autres qui sont financièrement responsables de mes soins dentaires/médicaux pour couvrir le coût des soins et des traitements assurés à la personne à ma charge. Je comprends que je ne serai pas responsable des frais non couverts par le régime d'assurance.

FICHE DE RENSEIGNEMENTS DU DÉPARTEMENT DE L'ÉDUCATION DE LA VILLE DE NEW YORK :

AUTORISATION PARENTALE POUR LA DIFFUSION D'INFORMATIONS MÉDICALES

AUTORISATION PARENTALE POUR LA DIFFUSION D'INFORMATIONS MÉDICALES CONFORMÉMENT À LA LOI HIPAA

Je comprends que, conformément à la loi, la confidentialité entre l'élève et le prestataire des soins médicaux sera garantie, et que les élèves seront encouragés à impliquer leurs parents ou tuteurs dans les consultations et les décisions concernant les soins médicaux. Ma signature sur ce formulaire autorise la diffusion d'informations médicales. Ces informations peuvent être protégées de toute diffusion par les lois fédérales et de l'État sur la protection de la vie privée. En signant ce formulaire, j'autorise la diffusion d'informations médicales au Conseil de l'éducation de la Ville de New York (ou Département de l'Éducation de la Ville de New York), conformément aux lois ou aux dispositions réglementaires du Chancelier ou par nécessité pour protéger la santé et la sécurité de l'élève. À ma demande, le service ou la personne qui diffuse ces informations médicales doit me fournir une copie de ce formulaire. La loi exige des parents de fournir certaines informations à l'école, notamment les certificats de vaccination. Ne pas fournir ces informations peut entraîner l'exclusion de l'élève de l'école.

J'ai obtenu des réponses aux questions que j'avais concernant ce formulaire. Je comprends que rien ne m'oblige à autoriser la diffusion des informations sur la santé de mon enfant, que je peux changer d'avis à tout moment et annuler mon consentement en le faisant savoir, par écrit, au Centre de santé scolaire. Cependant, si le retrait de l'autorisation survient après la diffusion des informations, il ne peut être rétroactif et ne concerne, par conséquent, pas les données déjà diffusées.

J'autorise la Faculté de médecine dentaire de l'université de Columbia/les services de santé de l'université de Columbia à diffuser au Conseil de l'éducation de la Ville de New York (ou Département de l'Éducation), aux agences gouvernementales, aux compagnies d'assurance ou d'autres qui sont financièrement responsables des soins dentaires et à faire des copies de toutes les informations nécessaires pour justifier le règlement de tels soins pour l'élève cité(e) au verso.

AUTORISATION DU PATIENT POUR L'ACCÈS À ET LA DIFFUSION SUR UNE BASE DE DONNÉES REGROUPEMENT L'HISTORIQUE DES PRESCRIPTIONS MÉDICALES ÉLECTRONIQUES

J'autorise la Faculté de médecine dentaire de l'université de Columbia/les services de santé de l'université de Columbia à accéder à toutes les bases de données regroupant l'historique des prescriptions médicales électroniques et à diffuser mon historique de prescriptions médicales contenues et envoyées à ces dernières (entre autres, des informations concernant le virus HIV/SIDA, des problèmes/traitements liés à l'alcool ou aux drogues, le planning familial, des maladies génétiques, des troubles mentaux et des maladies sexuellement transmissibles) utilisées par la Faculté de médecine dentaire de l'université de Columbia/les services de santé de l'université de Columbia. Je comprends que cet historique n'est peut-être pas complet et qu'il se limite aux médicaments qui m'ont été prescrits par voie électronique. J'ai la responsabilité de fournir à mon dentiste/prestataire de soins de santé la liste complète des médicaments que je prends actuellement. Je comprends que le but de ce formulaire est de permettre à la Faculté de médecine dentaire de l'université de Columbia/aux services de santé de l'université de Columbia d'accéder et d'échanger des informations sur l'historique des médicaments avec des services de prescription électroniques autorisés d'autres fournisseurs, de pharmacies et/ou de programmes de prestations pharmaceutiques tiers/payeurs.

En signant ce formulaire, j'autorise l'accès, l'utilisation et la diffusion d'informations de santé protégées comme indiqué ci-dessus. Je peux révoquer l'autorisation contenue dans ce formulaire à tout moment avant que les informations que j'ai demandées ne soient diffusées ou appliquées en fournissant une notification écrite de révocation comme spécifié dans la Déclaration de Confidentialité des pratiques. Si la partie bénéficiaire n'est pas soumise aux lois sur la protection des informations médicales, les informations peuvent être diffusées à nouveau par le bénéficiaire et risquent de ne plus être protégées par la loi de l'État ou la loi fédérale. La faculté de médecine dentaire de l'université de Columbia/services de santé de l'université de Columbia ne peuvent être tenus pour responsables des conséquences résultant d'une nouvelle diffusion. On me fournira une copie de ce formulaire. Je peux demander une copie de mes informations de santé.

Ce formulaire de consentement et d'autorisation n'expire que si je le révoque par notification écrite ou que je mets fin à ma relation thérapeutique avec la faculté de médecine dentaire de l'université de Columbia/les services de santé de l'université de Columbia.

En signant ce formulaire par voie électronique, je déclare par la présente l'avoir lu et compris, et avoir pu poser des questions pour lesquelles j'ai obtenu des réponses satisfaisantes.

AUTORISATION PARENTALE POUR LA DIFFUSION D'INFORMATIONS MÉDICALES ET L'ACCÈS À LA DIFFUSION SUR UNE BASE DE DONNÉES REGROUPEMENT L'HISTORIQUE DES PRESCRIPTIONS MÉDICALES ÉLECTRONIQUES EN ACCORD AVEC LA LOI HIPAA

En signant ce formulaire par voie électronique, je déclare par la présente l'avoir lu et compris, et avoir pu poser des questions pour lesquelles j'ai obtenu des réponses satisfaisantes.

X _____

Signature du parent/tuteur/de la tutrice légal(e) (ou de l'élève si âgé(e) de plus de 18 ans ou légalement autorisé(e) à signer)

Date _____