

MICHIGAN MEDICINE

Regional Alliance for Healthy Schools (RAHS)

**Lettre de bienvenue - Centre de Santé Scolaire**  
**Welcome Letter - School Based Health Center (French)**

**CECI N'EST PAS UN DOCUMENT DE DOSSIER MÉDICAL**  
**NOT A MEDICAL RECORD DOCUMENT**

Cher/chère élève/parent ou tuteur/tutrice, Dear Student/Parent or Guardian:

L'Alliance régionale pour des écoles favorables à la santé (RAHS) est un groupe de centres de santé scolaires uniques offrant des services dans certaines écoles publiques et communautaires des comtés de Genesee, Jackson et Washtenaw. L'objectif des centres de santé en milieu scolaire RAHS est d'aider à améliorer la santé et le bien-être des élèves et des familles. Les élèves en bonne santé réussissent mieux à l'école.

Regional Alliance for Healthy Schools (RAHS) is a group of unique school-based health centers providing services at some public and community schools in Genesee, Jackson, and Washtenaw counties. The goal of the RAHS School-Based Health Centers is to help improve the health and well-being of students and families. Healthy students are more successful in school.

**Qu'est-ce que le centre de santé en milieu scolaire RAHS ?**

**What is the RAHS School-Based Health Center?**

- Nos centres de santé sont dotés de médecins, d'infirmières praticiennes et de travailleurs sociaux qui sont disponibles pour vos besoins en matière de santé physique et comportementale.  
Our health centers are staffed by physicians, nurse practitioners, and social workers that are available for your physical and behavioral health needs.
- L'objectif de ce programme est d'offrir des soins de santé de qualité dans un cadre convivial, au moment qui convient aux patients et aux familles. Le centre de santé RAHS n'essaie PAS de remplacer votre source habituelle de soins de santé.  
The purpose of this program is to provide quality healthcare in a friendly setting, at a time that is convenient to patients and families. The RAHS Health Center is NOT trying to replace your regular source of healthcare.
- Le centre de santé RAHS est ouvert et disponible pour TOUS les jeunes.  
The RAHS Health Center is open and available to ALL youth.

**Que puis-je faire pour m'inscrire ?**

**What can I do to register?**

- Veuillez remplir les formulaires ci-joints et les retourner au bureau de votre école ou au centre de santé RAHS. Les formulaires ci-joints comprennent : Please fill out the attached forms and return them to your school office or to the RAHS Health Center. The enclosed forms include:
  - Formulaires de consentement Consent Forms
  - Questionnaire sur les antécédents médicaux Health History Questionnaire
  - Nous avons également besoin d'une copie de la carte d'assurance maladie du/de la patient/e  
We also need a copy of the patient's health insurance card

**Que se passe-t-il après mon inscription ?**

**What happens after I register?**

- En remplissant les formulaires ci-joints, les patients peuvent être vus au centre de santé RAHS pendant la journée scolaire pour des problèmes de santé et **seront convoqués pour une brève visite de dépistage afin d'obtenir des informations de base sur leur santé**. By completing the enclosed forms, patients may be seen at the RAHS Health Center during the school day for health concerns and **will be called down for a brief screening visit to obtain basic health information**.
- Si le/la patient/e est à l'école primaire, nous demandons qu'un parent/tuteur soit disponible par téléphone s'il/elle ne peut pas se présenter au rendez-vous avec son enfant. If the patient is in elementary school, we ask that a parent/guardian be available by phone if they are unable to attend the appointment with their child.
- Le Centre de Santé RAHS facturera votre compagnie d'assurance pour les services reçus dans nos centres.  
The RAHS Health Center will bill your insurance company for services received in our centers.

**Comment les renseignements personnels sur la santé sont-ils partagés ?**

**How is private health information shared?**

Veillez visiter le site Web de l'avis de confidentialité de Michigan Medicine ici <https://www.uofmhealth.org/patients-visitors/patients/patient-privacy/notice-privacy-practices> ou demandez au centre de santé RAHS une copie de notre politique de confidentialité. Le présent avis décrit la façon dont les renseignements médicaux peuvent être partagés. Veuillez le consulter soigneusement.

Please visit the Michigan Medicine Notice of Privacy Practices website here

MICHIGAN MEDICINE

Regional Alliance for Healthy Schools (RAHS)

**Lettre de bienvenue - Centre de Santé Scolaire**  
**Welcome Letter - School Based Health Center (French)**

<https://www.uofmhealth.org/patients-visitors/patients/patient-privacy/notice-privacy-practices> or ask at the RAHS Health Center for a copy of our privacy policy. This notice describes how medical information may be shared. Please review it carefully.

Merci Thank you,

*Équipe clinique de l'Alliance régionale pour des écoles favorables à la santé*  
*Regional Alliance for Healthy Schools Clinical Team*

**Belleville High School**

501 W. Columbia Ave.  
Belleville, MI 48111  
Phone: 734-697-1144

**Lincoln High School**

7425 Willis Rd. Rm. 304  
Ypsilanti, MI 48197  
Phone: 734 714 9600

**Richfield Public School Academy**

3807 North Center Road  
Flint, MI 48506  
Phone: 810-285-9815

**Carman-Ainsworth High School**

1300 N. Linden Road  
Flint, MI 48532  
Phone: 810-591-5473

**Brick Elementary School**

8970 Whittaker Road  
Ypsilanti, MI 48197  
Phone: 734-714-9606

**Scarlett Middle School**

3300 Lorraine, Rm. 204  
Ann Arbor, MI 48108  
Phone: 734 677 2708

**Ypsilanti Community Middle School**

235 Spencer Lane,  
Ypsilanti, MI 48198  
Phone: 734 221 2271

**Kearsley High School**

4302 Underhill Drive  
Flint, MI 48506  
Phone: 810-591-5330

**Armstrong Middle School**

6161 Hopkins Road  
Flint, MI 48506  
Phone: 810-591-2776

**International Academy of Flint**

2820 S. Saginaw Street  
Flint, MI 48503  
Phone: 810-600-5290

**Lincoln Middle School**

8744 Whittaker Rd. Rm. 812  
Ypsilanti, MI 48197  
Phone: 734 714 9509

**Ypsilanti Community High School**

2095 Packard Rd. Rm. 403  
Ypsilanti, MI 48197  
Phone: 734 221 1007

**Beecher High School**

6255 Neff Road  
Mt Morris, MI 48458  
Phone: 810-591-9333

**Pioneer High School**

601 W. Stadium Blvd.  
Ann Arbor, MI 48103  
Phone: 734-997-1862

**Springport Public Schools**

300 W. Main Street  
Springport, MI 49284  
Phone: 517-867-7846

MICHIGAN MEDICINE

Regional Alliance for Healthy Schools (RAHS)

**Foire aux questions sur le formulaire de  
consentement pour traitement général**  
**Frequently Asked Questions About the General  
Treatment Consent (French)**

MRN :

NAME:

DATE OF BIRTH:

CSN:

**Quels sont les services offerts par l'Alliance régionale pour des écoles favorables à la santé à Michigan Medicine ? What services does the Regional Alliance for Healthy Schools at Michigan Medicine provide?**

- Examens physiques Physical exams
- Vaccins Immunizations
- Psychothérapie individuelle, de groupe et familiale Individual, group and family psychotherapy
- Tests de laboratoire de base, par exemple analyse d'urine, streptocoque rapide, ponction veineuse Basic lab tests e.g. urinalysis, rapid strep, venipuncture
- Services pour les aides sur le VIH et les ITS (p. ex., dépistage, contrôles, soutien, etc.) HIV / STI services (e.g. screening, testing, counseling, etc.)
- Services de télémédecine Telemedicine services
- Référence vers des ressources telles que la nourriture, le logement, les problèmes financiers, le transport Referral for resources such as food, shelter, financial issues, transportation
- Groupe d'éducation ou d'activités en matière de santé, comme le club de marche, le programme de gestion de la colère, le programme de gestion de l'asthme, le mentorat par les pairs, le conseil consultatif de la jeunesse, les Bully Busters (un groupe contre les harceleurs) ou d'autres groupes déterminés par les besoins (certains programmes sont offerts uniquement aux élèves des écoles intermédiaires et secondaires) Health education or Activities Group such as Walking Club, Anger Management, Asthma Program, Peer Mentoring, Youth Advisory Council, Bully Busters, or other groups as determined by need (some programs available to middle and high school students only)
- Éducation sanitaire Health education
- Médicaments Medications
- Dépistage et gestion de la santé comportementale Behavioral health screening and management
- Diagnostic et gestion des maladies aiguës et chroniques Diagnosis and management of acute and chronic illnesses/diseases
- Services de santé reproductive (p. ex., éducation sur la contraception, tests de grossesse) Reproductive health services (e.g. birth control education, pregnancy testing)
- Services consentis par des mineurs Minor-consented services
- Orientation vers un traitement de la toxicomanie (pour collégien et lycéen) Referral for substance abuse treatment (middle and high school student)

**1. Pourquoi Michigan Medicine pourrait-elle utiliser mes échantillons pour la recherche?**

**Why might the Michigan Medicine use my specimens for research?**

La recherche médicale découvre constamment de nouvelles façons d'identifier, de prévenir et de traiter les maladies. Michigan Medicine s'engage à faire progresser la

MICHIGAN MEDICINE

Regional Alliance for Healthy Schools (RAHS)

**Foire aux questions sur le formulaire de  
consentement pour traitement général**  
**Frequently Asked Questions About the General  
Treatment Consent (French)**

MRN :

NAME:

DATE OF BIRTH:

CSN:

recherche afin que nous puissions fournir à nos patients les soins médicaux les plus efficaces. Medical research is constantly discovering new ways to identify, prevent and treat illness. Michigan Medicine is committed to advancing research so we can provide our patients with the most effective medical care.

**2. Puis-je consentir à ne recevoir qu'une partie de ce formulaire ?**

**Can I consent to only part of this form?**

Oui, un/e patient/e a le droit de rayer des sections du consentement auquel il/elle ne veut pas consentir. Yes, a patient has the right to cross out sections of the consent they do not want to consent to.

**3. Puis-je retirer mon consentement ou celui de mon enfant après la signature de ce formulaire ?**

**Can I withdraw my consent or my child's consent after this form has been signed?**

Oui, vous pouvez retirer votre consentement aux services en écrivant à tout moment à l'Alliance régionale pour des écoles favorables à la santé. Yes, you may withdraw consent for services by writing to the Regional Alliance for Healthy Schools Based Health center at any time.

**Pour vous retirer de tous les services de Michigan Medicine, veuillez envoyer une lettre signée par le parent ou le tuteur pour les mineurs ou le patient pour les patients de 18 ans et plus à :**

**To withdraw from all Michigan Medicine service please mail a letter signed by parent or guardian for minor or the patient for patients 18 and over to:**

Michigan Medicine Revenue Cycle Mid Service (HIM) Release of Information (ROI) Unit  
3621 S. State Street 700 KMS Place Bay 11 - Mid Service Ann Arbor MI 48108-1633  
Fax: 734-936-8571 or call 734-936-5490.

<p>Michigan Medicine</p> <p>Regional Alliance for Healthy Schools (RAHS)</p> <p><b>Consentement général pour les services de soins de santé et Informations importantes concernant le patient - ADULTE</b></p> <p>General Consent for Healthcare Services and Important Patient Information - ADULT (French)</p>	<p>MRN :</p> <p>NAME :</p> <p>BIRTHDATE :</p> <p>CSN</p>
--	--

Reconnaissance de l’Avis des Mesures de Confidentialité (NPP en anglais) : Notice of Privacy Practices (NPP)  
 Acknowledgment:

Par la présente, je reconnais que l’on m’a proposé ou que j’ai reçu l’avis des Mesures de Confidentialité de Michigan Medicine.

I hereby acknowledge I have been offered or received Michigan Medicine Notice of Privacy Practices:

**Consentement Général à Recevoir les Services de Soins de Santé**  
**General Consent to Receive Health Care Services**

Je veux recevoir les soins de santé de Michigan Medicine y compris les soins médicaux, dentaires, psychologiques, infirmiers et/ou autres soins de santé. Ces services peuvent inclure:

I want to receive health care services from Michigan Medicine including medical, dental, psychological, nursing and/or other health care. Services may include:

- |   |   |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Examens physiques, éducation sur la santé et vaccinations<br/>Physical exams, health education and Immunization</li> <li>• Tests de laboratoire de base, par ex. analyse d’urine, streptocoque rapide, ponction veineuse<br/>Basic lab tests e.g. urinalysis, rapid strep, venipuncture</li> <li>• Diagnostic et prise en charge des maladies/maladies chroniques aiguës<br/>Diagnosis and management of acute chronic illnesses/diseases</li> <li>• Services VIH/IST (par exemple dépistage, tests, conseils, etc.)<br/>HIV / STI services (e.g. screening, testing, counseling, etc)</li> <li>• Services de santé reproductive (par exemple, éducation sur la contraception, tests de grossesse)<br/>Reproductive health services (e.g. birth control education, pregnancy testing)</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dépistage et gestion de la santé comportementale<br/>Behavioral health screening and management</li> <li>• Psychothérapie individuelle, de groupe et familiale<br/>Individual, group and family psychotherapy</li> <li>• Médicaments<br/>Medication</li> <li>• Services consentis par des mineurs<br/>Minor-consented services</li> <li>• Services de télémédecine<br/>Telemedicine services</li> <li>• Autres soins nécessaires pour ma santé.<br/>Other treatment necessary for my care</li> </ul> |
|---|---|

Je donne mon accord afin que Michigan Medicine partage mes informations, si nécessaire pour mes soins ou la facturation de mes soins, et que différents départements puissent me contacter. Afin de faciliter mes soins et mes besoins médicaux, les départements de Michigan Medicine devront peut-être partager certaines informations nécessaires à mon propos avec des fournisseurs de soins extérieur à Michigan Medicine. J’ai le droit de discuter de mes soins médicaux avec mes fournisseurs de santé à tout moment. J’ai le droit d’accepter ou de refuser tout soin. Je comprends que mes professionnels de santé obtiendront éventuellement mon consentement après avoir discuté ensemble des soins spécifiques, des thérapies et des interventions médicales. Mes professionnels de santé examineront les risques connus, les avantages attendus et des solutions alternatives aux thérapies dans ces discussions. Je devrai éventuellement donner des consentements supplémentaires pour des interventions invasives et traitements spéciaux, par exemple si je reçois des produits sanguins. Il est impossible d’éviter certains risques dans la pratique de la médecine. Les résultats peuvent varier pour chaque patient. Je peux à tout moment retirer mon consentement aux services en écrivant au centre de santé de l’Alliance Régionale pour la Santé des Écoles.

31-10478	VER : A/24 HIM: 08/24	Medical Record		RAHS – Treatment Consent
----------	--------------------------	----------------	---	--------------------------

Michigan Medicine Regional Alliance for Healthy Schools (RAHS) <b>Consentement général pour les services de soins de santé et Informations importantes concernant le patient - ADULTE</b> <b>General Consent for Healthcare Services and Important Patient Information - ADULT (French)</b>	MRN : NAME : BIRTHDATE : CSN
--	---------------------------------------

I agree that Michigan Medicine can share my information as needed for care or billing and that various departments may contact me. To facilitate my care and medical needs, Michigan Medicine departments may need to provide necessary information about me to other outside healthcare providers. I have a right to discuss my health care with my health care providers at any time. I have the right to agree to or refuse any care. I understand that my health care providers generally will obtain my consent after discussing specific care, therapies and procedures with me. My health care providers will review known risks, expected benefits and alternatives to therapies in those discussions. I may need to give additional consents for invasive procedures and special treatments such as when I receive blood products.. It is impossible to avoid certain risks in the practice of medicine. Outcomes maybe different for each patient. I may withdraw consent for services by writing to the Regional Alliance for Health Schools health center at any time.

**Affectation des prestations médicales Assignment of Medical Benefits**

Je conviens que je serai responsable de tous mes co-paiements, des franchises ou autres frais pour les services médicaux non couverts ou payés par mon assurance ou par un tiers payant. Ceci est vrai sauf dans les cas où la loi de l'État du Michigan ou la loi fédérale, ou un accord entre ma compagnie d'assurance et Michigan Medicine, ne le permet pas. J'attribue tous droits et prestations à Michigan Medicine afin d'aider le processus de paiement à Michigan Medicine pour les services de santé que j'ai reçus. Je donne mon accord à Michigan Medicine de poursuivre ces demandes.

I agree that I will be responsible for my co-payments, deductibles or other charges for medical services not covered or paid by insurance or other third party payers. This is true except in cases where Michigan or federal law, or an agreement between my insurance company and Michigan Medicine does not allow it. I assign all rights and benefits to Michigan Medicine in order to help the process of paying Michigan Medicine for health care services I received. I agree to help Michigan Medicine follow up on these claims.

**Informations importantes concernant le patient Important Patient Information**

**1. Michigan Medicine est un Centre de Recherche et d'Enseignement.** Il est possible que je reçoive des services du personnel et/ou des stagiaires choisis et supervisés par le personnel enseignant. Les stagiaires et les enseignants peuvent lire et se servir de mes dossiers médicaux pour l'enseignement et pour la recherche. J'accepte de donner les tissus en excès, les échantillons ou les parties d'organes qui auront été retirés de mon corps pendant les examens ou les interventions médicales s'ils ne sont pas nécessaires pour mon diagnostic ou pour mon traitement. Je permets à Michigan Medicine de posséder, manipuler, analyser, conserver, sauvegarder ou disposer de ces tissus en excès. Michigan Medicine peut se servir de ces articles ou les partager avec toute entité pour tout motif légal, y compris l'éducation et la recherche. Je comprends que mon médecin a peut-être mis au point un traitement ou un test qui me sera proposé. L'utilisation du traitement ou du test a été approuvée et est autorisée en vertu des lois nationales et fédérales. Mon médecin peut bénéficier de l'utilisation du test ou du traitement. Je comprends que j'ai la possibilité de demander à mon médecin si une de leurs inventions sera utilisée pour mes soins de santé.

31-10478	VER : A/24 HIM: 08/24	Medical Record		RAHS – Treatment Consent
----------	--------------------------	----------------	---	--------------------------

Michigan Medicine Regional Alliance for Healthy Schools (RAHS) <b>Consentement général pour les services de soins de santé et Informations importantes concernant le patient - ADULTE</b> General Consent for Healthcare Services and Important Patient Information - ADULT (French)	MRN : NAME : BIRTHDATE : CSN
---	---------------------------------------

Michigan Medicine is a Teaching and Research Center. I may receive services from staff and/or trainees chosen and overseen by the teaching staff. Trainees and teachers may read and use my health care records for teaching and research. I agree to donate any excess tissues, specimens or parts of organs that are removed from my body during testing or medical procedures if they are not necessary for my diagnosis or treatment. I allow Michigan Medicine to own, manipulate, analyze, keep, save or throw away this excess tissue. Michigan Medicine may use or share these items with any entity for any legal purpose, including education and research. I understand that my doctor may have developed a treatment or test that I am given. The treatment or test has been approved for use and it is allowed under state and federal law. My doctor may profit from the use of the test or treatment. I understand that I am able to ask my doctor if an invention of theirs will be used in my care.

2. **Le Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH)** est le virus qui est responsable du SIDA (Syndrome d'Immunodéficience Acquise). **D'après la loi du Michigan, un test de dépistage du VIH pourrait être administré à un patient** si un professionnel de santé ou un intervenant d'urgence venait à être exposé aux produits sanguins de ce patient ou à d'autres fluides corporels.

Human Immunodeficiency Virus (HIV) is the virus that causes AIDS (Acquired Immune Deficiency Syndrome). **Under Michigan law, an HIV test may be done on a patient** if any health care worker or emergency responder comes in contact with that patient's blood or other body fluids.

Le contact peut avoir lieu sous la peau, sur une plaie ouverte ou à travers les membranes muqueuses qui sont les tissus recouvrant les diverses ouvertures du corps. Si ce type de contact se produit, je comprends qu'un dépistage sanguin peut être effectué sans mon consentement. Si un dépistage est effectué, je comprends que je recevrai les résultats et des conseils, si besoin est.

Contact may occur under the skin, in an open wound or through the mucous membranes, which are the tissues that line various openings in the body. If this type of contact occurs, I know that my blood can be tested without my consent. If a test is done, I know that I will receive the test results and counseling as needed.

3. **Méthodes de communication.** Michigan Medicine utilise plusieurs méthodes afin de communiquer avec moi. La méthode utilisée dépendra de la raison ou des raisons de la communication. En donnant mes coordonnées à Michigan Medicine, j'accepte de recevoir des communications par de diverses méthodes, par exemple : des appels enregistrés, des SMS, le portail du patient, des courriels, etc. Je conviens également que Michigan Medicine peut m'envoyer des SMS plus fréquemment que trois (3) fois par semaine. Je comprends que je peux choisir de ne pas participer à plusieurs ou à toutes ces méthodes, mais je dois communiquer mes vœux au personnel. Michigan Medicine peut enregistrer des appels téléphoniques entrants et sortants avec moi pour les raisons d'assurance de qualité et de formation.

**Communication Methods.** Michigan Medicine uses many ways to communicate with me. The method used will depend on the reason or reasons for the communication. By providing Michigan Medicine with my contact information I agree to receive communications in different methods, for example: automated calls, text messaging, patient portal, emails, etc. I further agree that Michigan Medicine can send me text messages more than three (3) times a week. I understand that I can choose not to participate in some or all of these methods,

31-10478	VER : A/24 HIM: 08/24	Medical Record		RAHS – Treatment Consent
----------	--------------------------	----------------	---	--------------------------

Michigan Medicine Regional Alliance for Healthy Schools (RAHS) <b>Consentement général pour les services de soins de santé et Informations importantes concernant le patient - ADULTE</b> General Consent for Healthcare Services and Important Patient Information - ADULT (French)	MRN : NAME : BIRTHDATE : CSN
---	---------------------------------------

but I must communicate my wishes to staff. Michigan Medicine may record incoming and outgoing phone calls with me for quality assurance and training purposes.

- 4. Services de télémédecine.** Je comprends qu'il est possible que je reçoive des soins par des services de télémédecine. Les limites d'une visite de télémédecine comprennent la possibilité de ne pas pouvoir remarquer les mêmes maladies que l'on peut trouver pendant un examen physique complet. Il peut y avoir aussi des difficultés techniques telles que la perte de connexion ou l'interruption.

**Telemedicine Services.** I understand that I may receive care through telemedicine services. The limitations of a telemedicine visit include the possibility of not being able to pick up conditions found during a complete physical exam. There may also be technical difficulties like a lost connection or interruption.

- 5. Sûreté et sécurité.** Dans l'intérêt de la sécurité des patients, du personnel et des visiteurs, Michigan Medicine se réserve le droit d'inspecter ou d'interdire l'utilisation des appareils et des équipements appartenant à des individus y compris mais sans se limiter aux téléphones portables (y compris les fonctions d'appareil photo et de vidéo). Il est interdit de fumer et d'utiliser des produits du tabac et des produits de la marijuana non-approuvés par la FDA dans les établissements de Michigan Medicine. Cette interdiction comprend la marijuana, les produits médicaux à base de marijuana non-approuvés par la FDA sous toutes ses formes, les cigarettes de tabac, le tabac à chiquer et les cigarettes électroniques. Les établissements comprennent les bâtiments, le domaine, les parkings et l'intérieur des véhicules appartenant à des individus sur le terrain de Michigan Medicine. Michigan Medicine n'est pas responsable pour la perte ou le vol de biens personnels s'ils ne sont pas mis dans un coffre-fort fourni par Michigan Medicine ou dans un endroit sécurisé.

**Safety and Security.** In the interest of patient, staff and visitor safety, Michigan Medicine reserves the right to inspect or prohibit the use of personally owned devices and equipment including, but not limited to cell phones (including camera and video functions). Smoking and the use of tobacco products and non FDA-approved marijuana products is not allowed in Michigan Medicine facilities. This includes marijuana, non FDA-approved medical marijuana products in all forms, tobacco cigarettes, chewing tobacco and e-cigarettes. Facilities include buildings, grounds, parking lots and inside personal vehicles on Michigan Medicine property. Michigan Medicine is not responsible for loss or theft of any personal property if not placed in a Michigan Medicine-provided safe or secure area.

- 6. Reproduction photographique ou Enregistrement fait ou organisé par les patients ou les familles.** Les patients, leurs familles et leurs amis ne sont pas garantis le droit de photographier ou de faire des enregistrements sur le terrain de Michigan Medicine. Cependant photographier ou enregistrer peut être permis avec un appareil personnel sous les conditions suivantes: 1. Toute photographie ou enregistrement doit **cesser immédiatement** sur demande du personnel de Michigan Medicine ou si ces actions interfèrent à tout moment avec les soins cliniques ou avec les services aux patients, avec la vie privée des patients, avec la sécurité ou avec les opérations ; 2. Les familles ou les visiteurs d'un patient ne peuvent photographier ou enregistrer que le patient ; 3. Les patients et les visiteurs ne peuvent inclure d'autres patients ou professeurs ou le personnel de Michigan Medicine sans leur permission verbale ; 4. Les

31-10478	VER : A/24 HIM: 08/24	Medical Record		RAHS – Treatment Consent
----------	--------------------------	----------------	---	--------------------------

**Consentement général pour les services de soins de santé et Informations importantes concernant le patient - ADULTE**

General Consent for Healthcare Services and Important Patient Information - ADULT (French)

MRN :

NAME :

BIRTHDATE :

CSN

photographies et les enregistrements faits par la famille ou les visiteurs ne peuvent pas être inclus dans le dossier médical.

- 7. Photographing or Recording Done by or Arranged by Patients/Families.** Patients, their families, and their friends are not guaranteed a right to photograph or record on Michigan Medicine premises. However, photographing or recording may be permitted using their own devices subject to the following guidelines: 1. Photographing or recording must **stop right away** if directed to do so by Michigan Medicine staff or at any time if it interferes with clinical care or service to patients, patient privacy, security or operations; 2. Families or visitors of a patient may only photograph or record the patient; 3. Patients and visitors may not include other patients or Michigan Medicine faculty or staff without their verbal permission; 4. Photographs and recordings taken by the family or visitors may not be entered into the medical record.

Ma signature apposée ci-dessous indique (cochez les cases pertinentes) :

My signature represents the following (check all that apply):

- Reconnaissance des Mesures de Confidentialité  
 Acknowledgement of NPP Notification  
 Consentement Général à Recevoir les Services de Soins de Santé  
 General Consent to Receive Healthcare Services  
 Accord de cession de prestations médicales  
 Assignment of Medical Benefits Agreement

**J'ai lu et compris les informations de ce formulaire avant de l'avoir signé.**

I have read and understand the information on this form before I signed it.

\_\_\_\_\_  
 Signature du Patient ou du Représentant Légal Autorisé (si le patient est incapable de signer)  
 Signature of Patient or Legally Authorized Representative (If patient is unable to sign)

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
 Date (mm/jj/aaaa)  
 Date (mm/dd/yyyy)

\_\_\_\_\_  
 Nom (en caractères d'imprimerie) du Représentant Légal Autorisé (si le patient est incapable de signer)

Heure: \_\_\_\_\_

Printed Name of Legally Authorized Representative (If patient is unable to sign)

Time: \_\_\_\_\_ A.M / P.M

Parenté:  Conjoint(e)  Parent proche  Tuteur légal  Procuration à long terme pour les soins de santé  
 Relationship:  Spouse  Next-of-Kin  Legal Guardian  DPOA for HealthCare

MICHIGAN MEDICINE

Regional Alliance for Healthy Schools (RAHS)

**Questionnaire sur les antécédents médicaux -  
Alliance régionale des écoles favorables à la santé  
(RAHS) – 18 ans et plus**  
Health History Questionnaire - Regional Alliance for  
Healthy Schools (RAHS) – 18 Years of Age and Older  
(French)

MRN : \_\_\_\_\_ FOR OFFICE  
NAME: \_\_\_\_\_ USE ONLY  
BIRTHDATE: \_\_\_\_\_  
CSN: \_\_\_\_\_

Afin de vous inscrire au service de l'Alliance régionale pour des écoles favorables à la santé, veuillez remplir ce formulaire de questionnaire sur les antécédents médicaux. To register for the Regional Alliance for Healthy Schools Service please fill out this Health History Questionnaire form.

Date d'aujourd'hui : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ École : \_\_\_\_\_ Classe \_\_\_\_\_  
(mm/jj/aaaa)

Today's Date: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ School: \_\_\_\_\_ Grade: \_\_\_\_\_  
(mm/dd/yyyy)

Nom de l'étudiant : \_\_\_\_\_

Student's Name: \_\_\_\_\_  
Nom de famille Last Prénom First

Date de naissance : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Langue principale parlée à la maison \_\_\_\_\_ Besoin d'un interprète ?  Oui  Non  
(mm/jj/aaaa)

Date of Birth: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Primary Language spoken in home \_\_\_\_\_ Needs Interpreter?  Yes  No  
(mm/dd/yyyy)

Sexe assigné à la naissance :  Masculin  Féminin Quel prénom aimez-vous utiliser ? \_\_\_\_\_  
Sex Assigned at Birth:  Male  Female What name do you like to use? \_\_\_\_\_

Identité sexuelle : \_\_\_\_\_ Pronoms préférés : elle/elle/ le sien-la sienne, il/lui/ le sien-la sienne, iel/ellui  
Gender Identity: \_\_\_\_\_ Preferred Pronouns: she/her/hers he/him/his they/them/theirs

Votre adresse e-mail : \_\_\_\_\_ Votre numéro de téléphone de portable : \_\_\_\_\_  
Your email: \_\_\_\_\_ Your cell number: \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ Numéro d'appartement: \_\_\_\_\_  
Address: \_\_\_\_\_ Apt#: \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_ État : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_  
City: \_\_\_\_\_ State: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_

**Fournir les informations suivantes sur le groupe ethnique est strictement volontaire de votre part et n'est pas obligatoire pour vous inscrire. Providing the following information about ethnic group is strictly voluntary on your part and is not required to register.**

Ethnie: Ethnic Group:  Indien d'Amérique American Indian  Afro-américain African American  Hispanique Hispanic  
 Caucasien (blanc) Caucasian  Asiatique Asian  Moyen-Orient Middle Eastern  
 Multiracial (veuillez préciser) Multi-racial (please specify) : \_\_\_\_\_  
 Autre (veuillez préciser) Other (please specify): \_\_\_\_\_

**Coordonnées des personnes à contacter en cas d'urgence Emergency Contact Information**

Nom de la personne Contact Name : \_\_\_\_\_

Téléphone résidentiel : \_\_\_\_\_ Téléphone portable: \_\_\_\_\_ Téléphone professionnel \_\_\_\_\_  
Home Phone: \_\_\_\_\_ Cell Phone: \_\_\_\_\_ Work Phone: \_\_\_\_\_

Relation avec l'étudiant/e : \_\_\_\_\_ E-mail : \_\_\_\_\_  
Relationship to student: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

La meilleure façon de joindre le contact pendant la journée d'école ?  Résidence  Portable  Travail  E-mail  Autre  
(préciser) : \_\_\_\_\_ Best way to reach the contact during the school day?  Home  Cell  Work  Email  Other  
(specify): \_\_\_\_\_

MICHIGAN MEDICINE

Regional Alliance for Healthy Schools (RAHS)

**Questionnaire sur les antécédents médicaux -  
Alliance régionale des écoles favorables à la santé  
(RAHS) – 18 ans et plus**  
Health History Questionnaire - Regional Alliance for  
Healthy Schools (RAHS) – 18 Years of Age and Older  
(French)

MRN : \_\_\_\_\_  
NAME: \_\_\_\_\_  
BIRTHDATE: \_\_\_\_\_  
CSN: \_\_\_\_\_

FOR OFFICE  
USE ONLY

Nom de la personne supplémentaire : Additional contact name:

Nom : \_\_\_\_\_ Realtion avec l'étudiant/e: \_\_\_\_\_ Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_  
Name: \_\_\_\_\_ Relationship to student: \_\_\_\_\_ Phone Number: \_\_\_\_\_

**Avez-vous une assurance maladie ?**  Non  Oui

**Do you have health insurance?**  No  Yes

Nom de l'assurance (préciser) Insurance Name (specify): \_\_\_\_\_

Nom de l'abonné : \_\_\_\_\_ Date de naissance de l'abonné : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

(mm/jj/aaaa)

Subscribers Name: \_\_\_\_\_ Subscriber's date of birth (DOB): \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

(mm/dd/yyyy)

Numéro de Police d'assurance : \_\_\_\_\_ Numéro du Groupe \_\_\_\_\_

Policy #: \_\_\_\_\_ Group # \_\_\_\_\_

Avez-vous un médecin traitant ?  Oui  Non Nom du médecin traitant : \_\_\_\_\_

Do you have a Primary Care Provider (PCP)?  Yes  No Name of PCP: \_\_\_\_\_

Date du dernier examen physique complet : \_\_\_\_\_

Date of last complete physical exam: \_\_\_\_\_

Avez-vous un dentiste ?  Oui  Non Nom du dentiste : \_\_\_\_\_

Do you have a Dentist?  Yes  No Name of Dentist: \_\_\_\_\_

Date de la dernière visite : \_\_\_\_\_ (jj/mm/aaaa) S'agissait-il d'un examen de routine ?  Oui  Non

Date last seen: \_\_\_\_\_ (mm/dd/yyyy) Was this a routine check-up?  Yes  No

Votre famille a-t-elle une pharmacie préférée ? Nom : \_\_\_\_\_ Téléphone/lieu : \_\_\_\_\_

Does your family have a preferred pharmacy? Name: \_\_\_\_\_ Phone/location: \_\_\_\_\_

**Qui vit dans votre maison ? Who lives in your home?**

Nom: Name:

Relation: Relationship:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Médicaments :**  Je ne prends aucun médicament

**Medications:**  I do not take any medications

Nom du médicament : \_\_\_\_\_ Dose : \_\_\_\_\_ Raison de la prise : \_\_\_\_\_ Combien de temps ? \_\_\_\_\_ Prescrit par : \_\_\_\_\_

Name of medicine: \_\_\_\_\_ Dose: \_\_\_\_\_ Reason for taking: \_\_\_\_\_ How long? \_\_\_\_\_ Prescribed by: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

MICHIGAN MEDICINE

Regional Alliance for Healthy Schools (RAHS)

**Questionnaire sur les antécédents médicaux -  
Alliance régionale des écoles favorables à la santé  
(RAHS) – 18 ans et plus**

**Health History Questionnaire - Regional Alliance for  
Healthy Schools (RAHS) – 18 Years of Age and Older  
(French)**

MRN : FOR OFFICE  
NAME: USE ONLY  
BIRTHDATE:  
CSN:

**Allergies Allergies:** Avez-vous des allergies aux médicaments, aux aliments, aux piqûres d'insectes, aux morsures ou des allergies saisonnières ?  Non  Oui (veuillez vérifier et énumérer ci-dessous) : Do you have any allergies to medicine, food, insect stings, bites or seasonal allergies?  No  Yes (please check and list below):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Problèmes médicaux :** Veuillez cocher toutes les réponses qui s'appliquent :

**Medical Problems:** Please check all that apply:

- |   |   |   |  |  |
|---|---|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Asthme<br>Asthma                       | <input type="checkbox"/> Convulsions/Épilepsie<br>Seizures/Epilepsy       | <input type="checkbox"/> Dépression<br>Depression                       | <input type="checkbox"/> Diabète<br>Diabetes | <input type="checkbox"/> TDA/TDAH (trouble déficitaire de l'attention / Trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité)<br>ADD/ADHD (Attention Deficit Disorder / Attention Deficit Hyperactivity Disorder) |
| <input type="checkbox"/> Problèmes cardiaques<br>Heart Problems | <input type="checkbox"/> Rhume des foies/allergies<br>Hay Fever/Allergies | <input type="checkbox"/> Trouble d'apprentissage<br>Learning Disability | <input type="checkbox"/> Anxiété<br>Anxiety  |  |
- Autre (préciser) Other (specify): \_\_\_\_\_

Portez-vous l'un des éléments suivants (cochez toutes les cases qui s'appliquent) ?

Do you wear any of the following (check all that apply)?

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Lunettes<br><input type="checkbox"/> eyeglasses | <input type="checkbox"/> Lentilles de contact<br><input type="checkbox"/> contacts | <input type="checkbox"/> Appareil auditif<br><input type="checkbox"/> hearing device |
|--|--|--|

Avez-vous déjà été hospitalisé/e pendant la nuit, avez-vous subi des blessures graves, y compris des blessures liées au sport, ou avez-vous subi une intervention chirurgicale ? Have you ever been hospitalized overnight, had any serious injuries including sports-related injuries, or had any type of surgery?

- Non  Oui : Si oui, à quel âge ? \_\_\_\_\_ Problème/Type de chirurgie ? \_\_\_\_\_
- No  Yes: If yes, what age? \_\_\_\_\_ Problem/Type of Surgery? \_\_\_\_\_

**Antécédents familiaux : Family History:**

Certains problèmes de santé se transmettent d'une génération à l'autre. Est-ce que vous ou l'un de vos parents (parents, grands-parents, frères ou sœurs), vivant ou décédé, avez eu l'un des problèmes suivants ?

Some health problems are passed from one generation to the next. Have you or any of your blood relatives (parents, grandparents, brothers or sisters), living or deceased, had any of the following problems?

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Antécédents médicaux familiaux inconnus.<br><input type="checkbox"/> Unknown family medical history. | <input type="checkbox"/> J'ai été adopté, les antécédents médicaux familiaux sont inconnus<br><input type="checkbox"/> I was adopted, family medical history is unknown |
|---|---|

MICHIGAN MEDICINE

Regional Alliance for Healthy Schools (RAHS)

**Questionnaire sur les antécédents médicaux -  
Alliance régionale des écoles favorables à la santé  
(RAHS) – 18 ans et plus**

**Health History Questionnaire - Regional Alliance for  
Healthy Schools (RAHS) – 18 Years of Age and Older  
(French)**

MRN : \_\_\_\_\_  
NAME: \_\_\_\_\_  
BIRTHDATE: \_\_\_\_\_  
CSN: \_\_\_\_\_

FOR OFFICE  
USE ONLY

	Oui Yes	Non No	Je ne sais pas Unsure	Relation Relationship	Maternelle ou paternelle Maternal or Paternal
Allergies Allergies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Asthme Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Cancer Cancer (type type : _____)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Anxiété Anxiety	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Dépression bipolaire Bi-polar depression	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Dépression Depression	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Autres maladies mentales Other mental illness	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Diabète Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Crise cardiaque ou accident vasculaire cérébral <i>avant</i> 50 ans Heart attack or stroke <i>before</i> age 50	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Hypertension artérielle High blood pressure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Cholestérol élevé High cholesterol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Migraines Migraine headaches	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Tabagisme Smoking	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Toxicomanie Substance Abuse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Autres (préciser) : Others (specify): _____					

Oui  
Yes      Non  
No

1. **Souhaitez-vous prendre rendez-vous avec notre infirmière praticienne ou notre médecin pour discuter de tout problème de santé ?** .....

Would you like to schedule an appointment with our Nurse Practitioner or Physician to discuss any health concerns?



2. Avez-vous des questions ou des inquiétudes concernant votre poids ou vos habitudes alimentaires ? .....

Do you have questions or concerns about your weight or eating habits?

Veillez expliquer Please explain: \_\_\_\_\_



3. Souhaitez-vous obtenir des informations de la part de notre personnel concernant :

Would you like information from our staff regarding:

• Trouver un fournisseur de soins de santé (médecin ou infirmière praticienne) ? .....

Finding a health care provider (doctor or nurse practitioner)?



• Trouver un dentiste ? .....

Finding a dentist?



• Des soins de la vue ou des lunettes à des prix abordables ? .....

Affordable vision care or glasses?

MICHIGAN MEDICINE

Regional Alliance for Healthy Schools (RAHS)

**Questionnaire sur les antécédents médicaux -  
Alliance régionale des écoles favorables à la santé  
(RAHS) – 18 ans et plus**

**Health History Questionnaire - Regional Alliance for  
Healthy Schools (RAHS) – 18 Years of Age and Older  
(French)**

MRN :

FOR OFFICE  
USE ONLY

NAME:

BIRTHDATE:

CSN:

4. Souhaitez-vous être contacté par notre psychothérapeute pour discuter de votre bien-être émotionnel ou de vos préoccupations ? .....

Would you like to be contacted by our therapist to discuss your emotional well-being or concerns?

Je reçois déjà des services d'un professionnel de la santé mentale.  
I am already receiving services from a mental health professional.



5. Êtes-vous préoccupé à savoir si le revenu de votre famille répond à vos besoins de base ? .....

Are you concerned about your family's income meeting your basic needs?

• Avez-vous besoin de nourriture supplémentaire ? .....

Do you need additional food?





• Avez-vous besoin de vêtements supplémentaires ? .....

Do you need additional clothing?





• Avez-vous besoin d'aide pour payer vos factures de chauffage et d'eau ? .....

Do you need help paying bills for heat and water?





• Avez-vous besoin d'aide pour vous rendre à des rendez-vous médicaux ou scolaires ? .....

Do you need assistance with transportation to medical or school appointments?





• Êtes-vous préoccupé par le logement ? .....

Are you concerned about housing?





6. Souhaitez-vous obtenir des informations concernant : Are you concerned about housing?

• Assurance maladie? .....

Health Insurance?



**Si vous avez répondu Oui à l'une des questions 1 à 6 ci-dessus, un membre de notre personnel vous contactera. If you answered Yes to any of questions in 1-6 above, a member of our staff will contact you.**

**Merci. Thank You.**

\_\_\_\_\_  
Nom en caractères d'imprimerie de la personne qui a rempli ce formulaire

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Date (jj/mm/aaaa)

\_\_\_\_\_  
Printed name of person who completed this form

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Date (mm/dd/yyyy)