



Public Health
Prevent. Promote. Protect.

Champaign-Urbana Public Health District
www.c-uphd.org

Champaign-Urbana Public Health District
Clinique dentaire enfant et ado



Inscription de patient dentaire

Révisé le 8 mars 2022

Nom de l'enfant _____ Date de naissance ___/___/___ Fille Garçon

Race Asiatique Noir ou Afro-américain Indien Américain ou d'Alaska Hawaïen ou des Îles Pacifiques Blanc

Ethnie Hispanique ou Latin Non-Hispanique Préfère ne pas répondre Inconnue

Quelle est votre langue d'origine ? _____

Parents ou gardiens :

Nom : _____ Mère Père Gardien légal

Nom : _____ Mère Père Gardien légal

Adresse _____ Ville _____ Code postal _____

Premier numéro de téléphone : _____ Second numéro de téléphone : _____

Adresse e-mail: _____

Nom de l'école : _____ Classe: _____

Si vous ou l'école de votre enfant demande que nous faxions un formulaire justificatif d'examen dentaire, sommes-nous autorisé à le faire ?

Oui Non

Votre enfant est-il couvert par une assurance dentaire autre qu'Illinois Medicaid ? Oui Non

Nom de l'assurance dentaire _____ Téléphone _____

Veillez faire la liste de tout autre adulte (18 ans et plus) qui est autorisé à amener votre enfant à de futurs rendez-vous dentaires :

Nom _____ Lien de parenté avec l'enfant _____

Nom _____ Lien de parenté avec l'enfant _____

Une pièce d'identité avec photo de l'adulte devra être montrée à chaque visite

Veillez répondre à toutes les questions.

Docteur(s) en médecine de l'enfant _____ Date de la dernière visite ___/___/___

L'enfant est-il suivi médicalement en ce moment ? Oui, raison ? _____ Non

Santé actuelle de l'enfant : Bonne Correcte Mauvaise

Votre enfant a-t'il rencontré des difficultés lors de ses précédentes visites dentaires, y compris des problèmes comportementaux ?

Oui; veuillez expliquer _____ Non

Quels sont les activités et centres d'intérêt de votre enfant ? _____

Veillez indiquer les autres membres de la famille soignés dans notre clinique: _____

Nom du patient: _____ DDN: _____

VEUILLEZ NOTER toute condition médicale que votre enfant a ou a eu dans le passé :

CONDITION MÉDICALE INCONNUE

- TDA, HDA ou apparenté
- SIDA ou VIH (positif)
- Anémie, Hémophilie, saignement excessif ou autre
Trouble sanguin Type? _____
- Articulation artificielle
- Asthme
Si oui, utilisez-vous un nébuliseur or inhalateur ?
 Oui **VEUILLEZ APPORTER L'INHALATTEUR À CHAQUE VISITE**
- Non
- Autisme
- Transfusion sanguine, date : _____
- Cancer, type : _____
- Paralyse cérébrale
- Problèmes d'estomac chroniques
- Cœur endommagé ou artificiel
- Chirurgie cardiaque ou chirurgie cardiaque planifiée
- Avez-vous besoin d'une prémédication ? Oui Non
- Autres maladies cardiaques ou cardio-vasculaires :
Type : _____
- Diabète, type: _____

- Syncopes
- Épilepsie ou convulsions
- Eczéma
- Problèmes ou troubles de saignements excessifs
- Urticaires ou éruptions cutanées fréquents
- Malentendants et / ou malvoyants (veuillez entourer)
- Hépatite, jaunisse, ou autre maladie hépatique
- Hyper- ou hypotension (veuillez entourer)
- Tabac, alcool ou usage de drogue : _____
- Maladie rénale
- Problèmes de saignements menstruels
- Handicap physique : _____
- Grossesse, date d'accouchement: _____
- Handicap psychiatrique, mental ou problèmes comportementaux
Veillez indiquer : _____
- Problèmes de sinus, allergies saisonnières or rhumes des foins
- Drépanocytose
- Chirurgies _____
- Chimiothérapie / Traitements par radiation pour tumeurs croissantes ou TB
- Autres maladies, conditions ou problèmes médicaux non indiqués ci-dessus : _____

Veillez indiquer tout médicament, contraceptif oral, compléments et multi vitamines que votre enfant prend actuellement:

AUCUN _____

Votre enfant est-il allergique à ce qui suit ?

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Pas d'allergie connue | <input type="checkbox"/> Aspirine | <input type="checkbox"/> Iode |
| <input type="checkbox"/> Clindamycine (Cléocine) | <input type="checkbox"/> Codéine | <input type="checkbox"/> Latex (gants, etc.) |
| <input type="checkbox"/> Érythromycine | <input type="checkbox"/> Ibuprofène | <input type="checkbox"/> Médicament sulfure ou sulfite |
| <input type="checkbox"/> Pénicilline / Amoxicilline / Augmentin | <input type="checkbox"/> Paracétamol | <input type="checkbox"/> Cephalex (Keflex) |
| <input type="checkbox"/> Autre antibiotique _____ | <input type="checkbox"/> Autre médicament anti douleur _____ | |

"J'ai répondu aux questions de ce formulaire au mieux de mes connaissances. Je comprends que de fournir des informations erronées peut être dangereux pour la santé de mon enfant. Il est de ma responsabilité d'informer le fournisseur de soin dentaire de tout changement de l'état médical de mon enfant.

J'autorise le personnel du Champaign-Urbana Public Health District d'effectuer tous les soins dentaires nécessaires dont mon enfant pourrait avoir besoin. Les soins inclus, mais ne sont pas limités à : rayon x, prophylaxie (nettoyage), fluor, plombages, détartrage (STM), restaurations, écarteurs, pulpotomies, extractions, traitement de canal de la racine (RCT), et éducation dentaire.

J'autorise par la présente la soumission de demande dentaire à mon courtier en assurance et un paiement direct des soins dentaires à Champaign-Urbana Public Health District. "

Signature du parent / gardien légal _____ Date ____/____/____

Signature du dentiste _____ Date ____/____/____



Instructions de la clinique dentaire

Revised 12/11/2019

Merci d'avoir choisi C-UPHD pour fournir les meilleurs soins dentaires à votre enfant ! Votre enfant continuera de nous rendre visite pour une vérification tous les 4-6 mois jusqu'à ce qu'il ait 18 ans ; si votre enfant est toujours au lycée à 18 ans, il faudra qu'il montre sa carte d'étudiant à chaque visite. Nous continuerons à le voir pendant 6 mois après l'obtention de son diplôme.

Pour la sécurité de votre enfant, cette clinique dentaire suit les contrôles contre les infections du CDC & les normes de vie privée HIPAA.

Afin de fournir des soins dentaires de qualité à votre enfant, nous vous demandons de suivre ces instructions :

- 1) **Apportez la carte d'assurance sociale de votre enfant et une pièce d'identité avec photo du parent** à chaque rendez-vous. Si vous avez autorisé un autre adulte à accompagner votre enfant, il doit également fournir une pièce d'identité avec photo.
- 2) **Restez dans le bâtiment pendant le rendez-vous.** Un parent ou un adulte autorisé doit accompagner les enfants de moins de 18 ans à chaque rendez-vous, et rester jusqu'à ce que le rendez-vous soit terminé.
- 3) **Appelez au moins 24 heures à l'avance** si vous ne pouvez pas amener votre enfant à son rendez-vous : **(217) 531-4279**
- 4) **Soyez à l'heure.** Si vous êtes en retard au rendez-vous de votre enfant, vous devrez peut-être attendre ou prendre un nouveau rendez-vous.
- 5) **Les rendez-vous sont limités. À compter du 1er janvier 2020, si deux rendez-vous ne sont pas pris, votre famille sera congédiée de la clinique dentaire pour une période d'un an et dirigée vers votre assurance pour trouver un nouveau fournisseur de soins dentaires.**
- 6) **Seuls vous et votre enfant devant être soigné êtes autorisés à rester dans la zone de traitement ;** Si vous amener d'autres enfants avec vous, ils doivent rester à l'accueil avec vous ou un autre adulte.
- 7) **Les téléphones portables et la nourriture ne sont pas autorisés dans la zone de traitement.**

"J'ai lu et compris les instructions de la clinique dentaire, et j'accepte de les suivre."

Nom du parent/gardien en lettres

Signature

Date