

# 2022-23 CONSENTEMENT DES SERVICES DENTAIRES SCOLAIRES

L'école de votre élève a pris des dispositions pour que la clinique dentaire pour enfants et adolescents du district de santé publique de Champaign-Urbana fournisse des services dentaires à l'école pendant la journée scolaire sans frais pour vous.

**Les services sont ouverts aux élèves de toutes les classes qui ont Medicaid ou All Kids, ou qui ne sont pas assurés.**

Les services comprennent l'examen dentaire, les scellants dentaires, le nettoyage et le traitement au fluorure pour prévenir les caries.

Cela répond à l'exigence d'examen dentaire de l'État de l'Illinois.

## IMPRIMER ET UTILISER UN STYLO À ENCRE

NOM DE L'ÉTUDIANT \_\_\_\_\_ DATE DE NAISSANCE \_\_\_\_\_  
NOM DE L'ÉCOLE \_\_\_\_\_ ANNÉE \_\_\_\_\_ LE SEXE \_\_\_\_\_ PRONOMS \_\_\_\_\_

## ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

**AUCUNE CONDITIONS MÉDICALES CONNUES**

\_\_\_ AJOUTER, TDAH OU CONNEXE

\_\_\_ SIDA OU VIH POSITIF

\_\_\_ ASTHME ; UTILISE L'INHALATEUR ? \_\_\_ OUI NON

\_\_\_ AUTISME

\_\_\_ TROUBLES DU SANG OU DE LA COAGULATION

TYPE : \_\_\_\_\_

\_\_\_ CANCER ; TYPE : \_\_\_\_\_

\_\_\_ DIABÈTE ; TYPE : \_\_\_\_\_

\_\_\_ ÉPILEPSIE OU CRISE

\_\_\_ MALENTENDANT

\_\_\_ CHIRURGIE/MALADIE CARDIAQUE

TYPE : \_\_\_\_\_

\_\_\_ MALADIE MENTALE : \_\_\_\_\_

\_\_\_ HANDICAPÉES PHYSIQUES

TYPE : \_\_\_\_\_

\_\_\_ ENCEINTE

\_\_\_ L'ANÉMIE FALCIFORME

\_\_\_ TUBERCULOSE

\_\_\_ AUTRE : \_\_\_\_\_

## MÉDICAMENTS, COMPLÉMENTS, MULTIVITAMINES

**AUCUN**, ou LISTER: \_\_\_\_\_

## ALLERGIES

**AUCUN**, ou LISTER: \_\_\_\_\_

« À ma connaissance, les questions de ce formulaire ont reçu des réponses précises. Je comprends que fournir des informations incorrectes peut être dangereux pour la santé de mon élève, et je comprends qu'il est de ma responsabilité de contacter le fournisseur de soins dentaires au (217) 531-4279 si des changements surviennent dans l'état de santé de mon enfant. J'autorise mon enfant à être vu par un hygiéniste dentaire de la santé publique (sous la supervision d'un dentiste agréé).

En signant ce formulaire, j'autorise le programme dentaire du district de santé publique de Champaign-Urbana (CUPHD) à traiter mon élève à l'école au cours de l'année scolaire 2022-23, et je vérifie également que je comprends HIPAA et mes droits à la vie privée, ont reçu copies si je les ai demandées. Cela donnera également la permission d'effectuer des audits d'assurance qualité du département de la santé publique de l'Illinois, et la permission pour l'école de mon élève de fournir des informations de contact supplémentaires pour moi au CUPHD si nécessaire pour discuter du traitement dentaire.

**SIGNATURE DU PARENT OU DU TUTEUR LÉGAL** \_\_\_\_\_ **DATE** \_\_\_\_\_

**NUMÉRO DE TÉLÉPHONE** \_\_\_\_\_

**TOURNER LA PAGE ET REMPLIR L'AUTRE CÔTÉ**

**PARENT OU TUTEUR LÉGAL :**

NOM \_\_\_\_\_ ADRESSE E-MAIL \_\_\_\_\_

ADRESSE \_\_\_\_\_ APT # \_\_\_\_\_ VILLE \_\_\_\_\_ CODE POSTAL \_\_\_\_\_

**RACE ET ETHNICITÉ DE L'ÉTUDIANT :**

**RACE :**

Préfère ne pas répondre       Indien d'Amérique ou Alaska       Asiatique  
 Noir ou afro-américain       Hawaïen ou insulaire du Pacifique       Autre Insulaire  
 Hispanique ou Latino       Blanche

**Ethnicité :**

Préfère ne pas répondre       Hispanique ou Latino       Non hispanique ou latino

**ASSURANCE:**

NOM DE L'ASSURANCE DENTAIRE : \_\_\_\_\_

IDENTIFIANT D'ASSURANCE DE L'ÉTUDIANT \_\_\_\_\_

VÉRIFIER ICI S'I N'Y A **PAS D'ASSURANCE**  Veuillez repondre a la question ci-dessous pour determiner votre eligibilite.

**Si pas d'assurance, quel est votre revenu mensuel brut? \_\_\_\_\_ La taille du ménage? \_\_\_\_\_**

**TOURNER LA PAGE ET REMPLIR L'AUTRE CÔTÉ**

-----**POUR USAGE INTERNE SEULEMENT**-----

DENTIST'S SIGNATURE \_\_\_\_\_ DATE \_\_\_\_\_

STUDENT'S NAME \_\_\_\_\_ DOB \_\_\_\_\_ CHART # \_\_\_\_\_

TEACHER \_\_\_\_\_ ROOM # \_\_\_\_\_

ELIGIBLE FOR:     EXAM     FLUORIDE     SEALANTS