

# CONSENTEMENT AUX SOINS DENTAIRES À L'ÉCOLE 2019-2020

Votre établissement a pris des dispositions pour que des soins dentaires soient fournis pendant la journée scolaire. Les soins sont fournis par les cliniques dentaires du département de santé publique pour les enfants et les adolescents de Champaign-Urbana.

## Ces soins sont GRATUITS.

Les soins comprennent des examens dentaires, des nettoyages, du fluor et des pansements dentaires pour prévenir les caries. Veuillez compléter le consentement ci-dessous afin que votre élève soit examiné.

## IMPRIMER ET UTILISER UN STYLO À BILLE

NOM DE L'ÉLÈVE \_\_\_\_\_ DATE DE NAISSANCE \_\_\_\_\_

NOM DE L'ÉCOLE \_\_\_\_\_ NIVEAU \_\_\_\_\_  FILLE  GARÇON  INCONNU

## ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

<input type="checkbox"/> <b>AUCUN PROBLÈME DE SANTÉ CONNU</b>	<input type="checkbox"/> ÉPILEPSIE OU CONVULSIONS
<input type="checkbox"/> TDA, TDAH OU CONNEXE	<input type="checkbox"/> DÉFICIENCE AUDITIVE
<input type="checkbox"/> SIDA OU SÉROPOSITIVITÉ AU VIH	<input type="checkbox"/> CHIRURGIE CARDIAQUE OU MALADIE DU CŒUR
<input type="checkbox"/> ASTHME ; UTILISE UN INHALATEUR ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> TYPE : _____
<input type="checkbox"/> AUTISME	<input type="checkbox"/> DÉFICIENCE MENTALE : _____
<input type="checkbox"/> MALADIE DU SANG OU TROUBLE HÉMORRAGIQUE	<input type="checkbox"/> HANDICAPS PHYSIQUES
<input type="checkbox"/> TYPE : _____	<input type="checkbox"/> TYPE : _____
<input type="checkbox"/> PROBLÈME DE TENSION ARTÉRIELLE	<input type="checkbox"/> GROSSESSE
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ÉLEVÉE <input type="checkbox"/> FAIBLE	<input type="checkbox"/> ANÉMIE À CELLULE FALCIFORME (DRÉPANOCYTOSE)
<input type="checkbox"/> CANCER ; TYPE : _____	<input type="checkbox"/> TUBERCULOSE
<input type="checkbox"/> DIABÈTE ; TYPE : _____	<input type="checkbox"/> AUTRE : _____

## MÉDICAMENTS, COMPLÉMENTS ALIMENTAIRES, MULTIVITAMINES

**AUCUN, ou LISTE :** \_\_\_\_\_

## ALLERGIES

**AUCUN, ou LISTE :** \_\_\_\_\_

« À ma connaissance, les questions de ce formulaire ont reçu une réponse précise. Je comprends que la communication d'informations incorrectes peut être dangereuse pour la santé de mon élève et je comprends qu'il est de ma responsabilité de contacter la clinique qui effectuera les soins dentaires au (217) 531-4279 si des changements survenaient dans l'état de santé de l'enfant.

En signant ce formulaire, j'autorise le programme dentaire du département de santé publique de Champaign-Urbana (CUPHD) à traiter mon élève à l'école pendant l'année scolaire 2019-2020 et à vérifier que je comprends bien l'HIPAA et mes droits au respect de la vie privée, dont j'ai reçu des copies si je les ai demandées. Ce consentement autorisera également les audits d'assurance qualité du département de la santé publique de l'Illinois et autorisera l'école de mon élève à fournir des coordonnées supplémentaires au CUPHD afin de discuter des traitements dentaires. »

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

**NUMÉRO DE TÉLÉPHONE** \_\_\_\_\_

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

**PARENT OU TUTEUR LÉGAL :**

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

ADRESSE \_\_\_\_\_ APT n° \_\_\_\_\_ VILLE \_\_\_\_\_ CODE POSTAL \_\_\_\_\_

**RACE ET ORIGINE ETHNIQUE DES ÉLÈVES :**

RACE : \_\_\_\_\_ Non précisée ORIGINE

ETHNIQUE : \_\_\_\_\_ Non précisée

\_\_\_\_\_ Asiatique

\_\_\_\_\_ Hispanique/latino-américain(ne)

\_\_\_\_\_ Hawaien(ne) ou insulaire du Pacifique

\_\_\_\_\_ Non hispanique/latino-américain(ne)

\_\_\_\_\_ Autre insulaire

\_\_\_\_\_ Préfère ne pas répondre

\_\_\_\_\_ Noir(e) ou Afro-Américain(e)

\_\_\_\_\_ Amérindien(ne) ou autochtone d'Alaska

\_\_\_\_\_ Blanc(he)

\_\_\_\_\_ Hispanique/latino-américain(ne)

\_\_\_\_\_ Ne préfère ne pas répondre

**ASSURANCE**

\_\_\_\_\_ AUCUNE ASSURANCE DENTAIRE \_\_\_\_\_ IL MEDICAID \_\_\_\_\_ BLUE CROSS \_\_\_\_\_ HARMONY \_\_\_\_\_ MOLINA

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

N° D'ASSURANCE DE L'ÉLÈVE \_\_\_\_\_

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

-----RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION-----

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

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

STUDENT'S TEACHER: \_\_\_\_\_ ROOM #: \_\_\_\_\_