

# CONSETEMENT DES SERVICES DENTAIRES ANNEE SCOLAIRE 2018-19

French

L'école de votre enfant a fait des arrangements de manière à ce que les soins dentaires soient donnés à l'école durant les heures ouvrables. Ces services sont rendus par la clinique dentaire des enfants et adolescents de Champaign Urbana Public Health.

**Il n y a pas de frais à payer.**

Les services rendus sont : visite dentaire de routine, nettoyage des dents, application du fluorure et des mastics dentaires pour protéger les dents contre la carie.

Veuillez remplir le formulaire de consentement afin que votre enfant soit consulté. Après chaque visite, le dentiste enverra par votre enfant un rapport informant sur les observations faites durant la visite. Votre enfant doit se faire consulter par un dentiste chaque 6 mois. Si vous avez besoin d'un dentiste ou vous avez une question, appelez au :

**(217) 531-4279**

## IMPRIMEZ ET UTILISEZ UN STYLO A BILLE

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

NOM DE L'ECOLE \_\_\_\_\_ CLASSE \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ FEMME \_\_\_\_\_ HOMME \_\_\_\_\_ AUTRE

### RACE:

### ETHNICITE:

\_\_\_\_\_ INDIEN D'AMERIQUE/NATIF DE L'ALASKA

\_\_\_\_\_ LATINO-AMERICAIN(E)

\_\_\_\_\_ ASIATIQUE

\_\_\_\_\_ NON-HISPANIC

\_\_\_\_\_ NOIR(E) / AFRICAIN(E) AMERICAIN(E)

\_\_\_\_\_ UNKNOWN

\_\_\_\_\_ NATIF HAWAÏEN/TOUT AUTRE NATIF DES ILES PACIFIQUES

\_\_\_\_\_ BLANC

\_\_\_\_\_ INCONNU

### PARENT OU GARDIEN LEGAL :

NOM \_\_\_\_\_ EMAIL \_\_\_\_\_

ADRESSE \_\_\_\_\_ APT# \_\_\_\_\_ CITY \_\_\_\_\_ ZIP CODE \_\_\_\_\_

NUMERO DE TÉLÉPHONE \_\_\_\_\_ AUTRE NUMERO DE TÉLÉPHONE \_\_\_\_\_

### ASSURANCE:

\_\_\_\_\_ AUCUN \_\_\_\_\_ IL MEDICAID \_\_\_\_\_ BLUE CROSS \_\_\_\_\_ HARMONY \_\_\_\_\_ ILLINICARE

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

**VEUILLEZ REMPLIR LES INFORMATIONS AU VERSO**

## HISTORIQUE MÉDICAL

\_\_\_\_\_ AUCUNE CONDITIONS MEDICALES CONNUES

\_\_\_\_\_ PROBLEME D'AUDITION

\_\_\_\_\_ DIFFICULTE D'ATTENTION

\_\_\_\_\_ OPERATION CARDIAQUE OU MALADIE DE COEUR

\_\_\_\_\_ SIDA OU VIH POSITIVE

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

\_\_\_\_\_ ASTHME; UTILISATION DE L'INHALATEUR?

\_\_\_\_\_ DESEQUILIBRE MENTAL:

\_\_\_\_\_ OUI \_\_\_\_\_ NON

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ DIFFICULTE DE COAGULATION

\_\_\_\_\_ HANDICAP PHYSIQUE

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

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

\_\_\_\_\_ PROBLEME DE TENSION ARTERIELLE

\_\_\_\_\_ ENCEINTE

\_\_\_\_\_ ELEVE \_\_\_\_\_ BAS

\_\_\_\_\_ DREPANOCYTOSE

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

\_\_\_\_\_ TUBERCULOSE

\_\_\_\_\_ DIABETES; TYPE: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ OTHER: \_\_\_\_\_

----- EPILEPSIE OU CONVULSION

## MEDICAMENTS, SUPPLEMENTS, VITAMINES COMPLEX

\_\_\_\_\_ AUCUN, OU CITEZ: \_\_\_\_\_

## ALLERGIES

\_\_\_\_\_ AUCUN, OU CITEZ: \_\_\_\_\_

" A ma connaissance, Je reconnais que les réponses données dans ce questionnaire sont correctes. Je concède que donner des informations incorrecte peut être dangereux pour la sante de mon enfant. J'avoue aussi que c'est ma responsabilité de contacter le dentiste au (217) 531-4279 s'il survenait un changement dans l'état médical de mon enfant.

En signant ce document, je donne la permission au programme dentaire de Champaign-Urbana de traiter mon enfant à l'école durant l'année scolaire 2018-19 et aussi atteste que je comprends la loi de HIPPA et mes droits privés. Ceci donne la permission aussi bien au département de sante publique d'Illinois de vérifier la validité et l'aptitude de l'assurance à couvrir les frais du service rendu ; qu'a l'école de mon enfant d'entretenir des communications médicales avec CUPHD quand besoin se présente.

**PARENT OU DE SIGNATURE DE GARDIEN LÉGAL** \_\_\_\_\_ **DATE** \_\_\_\_\_

----- Pour l'usage de bureau seulement -----

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

CHART # \_\_\_\_\_ ELIGIBILITY \_\_\_\_\_