

Nom de l'enfant _____ Date de naissance ____/____/____ Genre _____
(Informations identiques à celles figurant sur la carte MaineCare, le cas échéant)

Adresse _____ Code postal _____

Téléphone(s) de jour du parent _____ Messages/textos acceptables Oui/Non

Portable de l'élève (pour rappels) _____ Messages/textos acceptables Oui/Non

Courriel _____ Nom de l'école _____ Enseignant/Niveau _____

Numéro d'identification MaineCare (se termine avec un A) _____ Assurance dentaire privée : nom de la compagnie _____ N° d'assuré _____ N° de groupe _____ Adresse pour la demande de remboursement _____ Nom de l'assuré _____ Date de naissance de l'assuré _____	_____ Non-assuré (veuillez ✓)
Nom du garant (personne responsable du règlement) : _____ Date de naissance : _____	

Votre enfant a-t-il jamais souffert de l'une des maladies suivantes ? Cochez toutes les réponses qui s'appliquent.

- | | | | |
|--|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> TDA/TDAH* | <input type="checkbox"/> Cancer/Tumeurs | <input type="checkbox"/> Cardiopathie | <input type="checkbox"/> Soins psychiatriques |
| <input type="checkbox"/> Sida/VIH | <input type="checkbox"/> Paralysie cérébrale | <input type="checkbox"/> Hépatite | <input type="checkbox"/> Infection sexuellement transmise |
| <input type="checkbox"/> Asthme | <input type="checkbox"/> Fente labio-palatine | <input type="checkbox"/> Herpès | <input type="checkbox"/> Troubles de la parole/l'ouïe |
| <input type="checkbox"/> Autisme/Syndrome d'Asperger | <input type="checkbox"/> Cardiopathie congénitale | <input type="checkbox"/> Hypertension artérielle | <input type="checkbox"/> Troubles de l'estomac/gastro-intestinaux |
| <input type="checkbox"/> Anomalie congénitale | <input type="checkbox"/> Diabète | <input type="checkbox"/> Néphropathie | <input type="checkbox"/> Tuberculose |
| <input type="checkbox"/> Trouble sanguin | <input type="checkbox"/> Épilepsie/convulsions | <input type="checkbox"/> Trouble hépatique | <input type="checkbox"/> Autre |

*Trouble déficitaire de l'attention/Trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité

Votre enfant souffre-t-il d'allergies ? Expliquez _____

Indiquez les médicaments que votre enfant prend. _____

Votre enfant a-t-il mal aux dents ? Oui Non Votre enfant a-t-il consulté un dentiste au cours de l'année passée ?

Oui Non Si la réponse est oui, à quel endroit ? _____

Langue parlée au domicile _____

Race de l'enfant : _____ Blanche _____ Noire, africaine, afro-américaine _____ Autre, Polynésienne _____ Asiatique

_____ Indienne de l'Amérique du Sud/centrale/du Nord, Autochtone de l'Alaska _____ Autochtone de Hawaï _____ Multiracial

Ethnicité de l'enfant : _____ Hispanique/latino _____ Non-hispanique/latino

Nombre total de membres de la famille vivant au foyer : _____ Nom du chef du ménage : _____	Revenu total annuel du ménage : _____ Relation avec l'élève : _____
--	--

Consentement à utiliser le programme de santé dentaire pédiatrique de Greater Portland Health et autorisation de divulgation d'informations

En signant ce formulaire, je reconnais et comprends que :

- J'ai reçu et lu la lettre aux parents et les questions fréquemment posées relatives au programme dentaire en milieu scolaire de Greater Portland Health (« GPH ») où sont présentés ce programme ainsi que les services et avantages dont mon enfant pourra bénéficier.
- Le programme dentaire en milieu scolaire de GPH est une entité distincte de l'école et du bureau de l'infirmière scolaire. Le programme dentaire en milieu scolaire de GPH fournit des évaluations dentaires et une variété de traitements de soins dentaires en milieu scolaire tout en communiquant avec d'autres prestataires de soins de santé pouvant administrer des soins à mon enfant.
- Ce consentement est valide pendant toute la période à laquelle l'élève est inscrit dans un établissement du Portland School System ou jusqu'au transfert vers un autre établissement (p. ex, du collège au lycée). Au moment du transfert vers un lycée, je dois inscrire de nouveau mon enfant au programme dentaire en milieu scolaire de GPH si je souhaite qu'il ou elle continue à bénéficier des services offerts par ce programme.
- Il m'est demandé de lire avec attention et signer le Formulaire d'autorisation d'utilisation et de divulgation d'informations en matière de soins de santé en lien avec l'inscription de mon enfant au programme dentaire en milieu scolaire de GPH.

J'ai lu ce formulaire dans son intégralité et je consens à inscrire mon enfant au programme dentaire en milieu scolaire de GPH pour le moment.

Signature du parent/tuteur : _____ Date : _____

Nom en caractères d'imprimerie : _____ Date de naissance ____ - ____ - ____ Relation _____