

# SCHOOL-BASED DENTAL PROGRAM



SOINS DENTAIRES EN MILIEU

Téléphone: 207-874-2141

Fax: 207-874-2164

Cher.ère parent.e/tuteur.rice,

Greater Portland Health (GPH), en partenariat avec les écoles publiques de Portland, Westbrook et South Portland, offre des soins dentaires en milieu scolaire dans un certain nombre d'établissements choisis.

Si vous souhaitez que votre enfant bénéficie de ces services dentaires dans son école, veuillez remplir et signer ce formulaire d'inscription ainsi que l'autorisation de divulgation de renseignements. Ceci est vrai même si votre enfant est un.e patient.e de GPH.

Avec votre autorisation, un.e dentiste fournira les services\* que vous voudrez bien indiquer ci-dessous. Veuillez cocher tous les services dont vous souhaitez que votre enfant bénéficie :

Oui, je souhaite que mon enfant bénéficie d'un examen dentaire

Oui, je souhaite que mon enfant bénéficie d'un nettoyage dentaire

Oui, je souhaite que mon enfant reçoive un traitement au fluorure

\*Un relevé des services de santé buccodentaire dont aura bénéficié.e votre enfant lui sera remis pour votre information.

Les traitements de suivi seront fournis par un.e dentiste de GPH à la clinique de Portland High School. Ils incluent notamment : examens dentaires, radiographies, traitements au fluorure, plombages, couronnes et extractions.

Si vous avez la moindre question, n'hésitez pas à contacter :

Jenna MacDonald, Cheffe de clinique dentaire GPH

Téléphone : 207-874-2141

## RENSEIGNEMENTS SUR L'ÉLÈVE

PATRONYME LÉGAL

PRÉNOM LÉGAL

POST-NOM LÉGAL

PRÉNOM PRÉFÉRÉ

*nom choisi, surnom, prénom,  
« S'il vous plaît, appelez-moi par ce  
nom »*

DATE DE  
NAISSANCE

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Mois Jour Année

ÉCOLE

ENSEIGNANT.E

CLASSE

Nom du patient: \_\_\_\_\_

Date de naissance: \_\_\_\_\_

1 sur

# SCHOOL-BASED DENTAL PROGRAM



SOINS DENTAIRES EN MILIEU

Téléphone: 207-874 -2141

Fax: 207-874-2164

## COUVERTURE D'ASSURANCE DE VOTRE ENFANT

Si votre enfant n'est pas couvert.e par une assurance dentaire ou si votre assurance ne couvre pas les services dentaires indiqués, il est possible que les services fournis vous soient facturés. Un barème de tarifs dégressifs est offert sous certaines conditions. Des conseiller.ère.s en aide financière sont à votre disposition pour vous aider à décider quelles options d'assurance et facilités de remboursement choisir. Les examens et les traitements au fluorure sont actuellement financés par une subvention et ne vous seront donc pas facturés.

Votre enfant est-il.elle couvert.e par MaineCare (Medicaid) ?  Oui  Non  Je ne sais pas

Si oui, quel est le n° d'identification MaineCare de votre enfant ? \_\_\_\_\_

Votre enfant est-il.elle couvert.e par une autre assurance dentaire ?  Oui  Non  Je ne sais pas

_____	____/____/____	_____	
Nom de l'assuré.e	Date de naissance	Lien de parenté avec le ou la patient.e	
_____	_____	_____	_____
Nom de la compagnie d'assurance	N° de membre	N° de groupe	Date d'entrée en vigueur
_____	_____	_____	_____
Adresse	Ville	État	Code postal

Qui est le ou la médecin de soins primaires de votre enfant ? \_\_\_\_\_

Mon enfant n'a pas de médecin pour l'instant.

Qui est le.a dentiste de votre enfant ? \_\_\_\_\_

Mon enfant n'a pas de dentiste pour l'instant.

Quand votre enfant est-il.elle allé.e chez le.a dentiste pour la dernière fois ?

Cette année  Il y a plus d'un an  Jamais

Votre enfant a-t-il.elle des allergies ? Si oui, lesquelles ? \_\_\_\_\_

Indiquez tous les médicaments que prend votre enfant : \_\_\_\_\_

Veuillez indiquer tous ses antécédents de chirurgie : \_\_\_\_\_

**Votre enfant est-il.elle atteint.e des troubles suivants ? Veuillez sélectionner tous les cas applicables.**

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> TDA/TDAH                    | <input type="checkbox"/> Malformations congénitales | <input type="checkbox"/> Diabète de type 2 _____          |
| <input type="checkbox"/> Sida/VIH/hépatite           | <input type="checkbox"/> Paralysie cérébrale        | <input type="checkbox"/> Épilepsie/convulsions            |
| <input type="checkbox"/> Anxiété                     | <input type="checkbox"/> Fente labiale/palatine     | <input type="checkbox"/> Troubles rénaux                  |
| <input type="checkbox"/> Asthme                      | <input type="checkbox"/> Cancer/tumeurs             | <input type="checkbox"/> Troubles hépatiques              |
| <input type="checkbox"/> Autisme/syndrome d'Asperger | <input type="checkbox"/> Cardiopathie congénitale   | <input type="checkbox"/> Problèmes d'élocution/d'audition |

Nom du patient: \_\_\_\_\_

Date de naissance: \_\_\_\_\_

2 sur

# SCHOOL-BASED DENTAL PROGRAM



SOINS DENTAIRES EN MILIEU

Téléphone: 207-874 -2141

Fax: 207-874-2164

## AUTRES RENSEIGNEMENTS SUR L'ÉLÈVE

Les renseignements que vous fournissez dans cette section n'affecteront en aucune façon les soins dont bénéficiera votre enfant. Ils seront utilisés uniquement à des fins démographiques. Nous recueillons ces renseignements pour nous assurer que nous reconnaissons et respectons tous nos patients et toutes nos patientes, quels que soient leur sexe, leur orientation sexuelle, leur race et leur origine ethnique.

### Sexe :

- Homme
  - Femme
  - Homme transgenre
  - Femme transgenre
  - Non-binaire
  - Refuse de répondre
  - Non cité
- (veuillez spécifier ci-dessous):  
\_\_\_\_\_

### Sexe Légal :

- Homme
- Femme
- X ou Non-binaire
- Intersexué

### Sexe Attribué à la

#### Naissance:

- Homme
- Femme

### Pronoms:

- Elle/Elle/Sa
  - Il/Lui/Son
  - Ils/Eux/Leurs
  - Refuse de répondre
  - Non cité
- (Veuillez spécifier ci-dessous):  
\_\_\_\_\_

### Orientation Sexuelle :

- Hétérosexuel
- Lesbienne ou gay
- Bisexuel
- Pansexuel
- Refuse de répondre
- Non cité

### Race:

- Blanc**  
*Portugal, Allemagne, Pologne, Bosnie, Pays du Moyen-Orient*
  - Noir, Africain, Afro-américain**  
*Haïti, Jamaïque, Kenya, Congo, etc.*
  - Habitant d'une île du pacifique**  
*Samoa, Guam, Micronésie, Tahiti, Palua, etc.*
  - Asiatique**  
*Chine, Philippines, Bangladesh, Népal, Pakistan, Vietnam*
  - Natif d'Hawaï**  
*Natif d'une île hawaïenne*
  - Amérindien du sud/centre/nord, Natif d'Alaska**  
*Amérindien, Penobscot, Passamaquoddy, Maliseet, Micmac, Abenaki, Inuit, Mayan, Inca, Porto-ricain, Miskito, Chatino, etc.*
  - Multiracial**  
*Plus d'une race/ethnicité*
  - Refuse de spécifier**
- Ethnicité :**     Hispanique/Latino     Pas hispanique/latino

### Langue préférée (encerclez un) :

Anglais      Espagnol      Français      Arabe      Portugais      Somali      Cantonais      Lingala

ASL (malentendants)      Kinyarwanda      Kirundi      Swahili      Autre : \_\_\_\_\_

Nom du patient: \_\_\_\_\_

Date de naissance: \_\_\_\_\_

3 sur

# SCHOOL-BASED DENTAL PROGRAM



SOINS DENTAIRES EN MILIEU

Téléphone: 207-874 -2141

Fax: 207-874-2164

## COORDONNÉES DU OU DE LA PARENT.E/TUTEUR.RICE

Nom de famille du ou de la parent.e/tuteur.rice    Prénom du ou de la parent.e/tuteur.rice.    Lien de parenté/rôle    Date de naissance

Adresse

Tél.

Êtes-vous un.e patient.e de Greater Portland Health ?

OUI     NON

Adresse électronique du ou de la parent.e/tuteur.rice

Adresse du ou de la parent.e/tuteur.rice et de l'élève (si différente de celle indiquée ci-dessus) :

Rue, n° d'apt/unité

Ville

État

Code postal

En signant ce formulaire,

Je consens à ce que mon enfant bénéficie des services dentaires que j'ai indiqués ci-dessus sans la présence d'un.e parent.e ou tuteur.rice pendant la durée de son inscription à une école de Portland, Westbrook ou South Portland.

Je comprends que le programme scolaire de soins dentaires de GPH est une entité distincte de l'établissement et de l'infirmierie scolaires. Il fournit des examens dentaires et une gamme de soins de santé buccodentaire en milieu scolaire tout en communiquant avec d'autres prestataires de soins de santé également susceptibles de participer aux soins de mon enfant.



Je confirme avoir lu l'avis sur les pratiques de confidentialité de GPH, qui est disponible sur notre site Web en scannant ce code QR.

Signature du ou de la patient.e/parent.e/tuteur.rice

Date de signature

Nom du patient: \_\_\_\_\_

Date de naissance: \_\_\_\_\_

4 sur