

SCHOOL-BASED DENTAL PROGRAM



INSCRIPTION DE L'ÉLÈVE AUX SOINS DENTAIRES

Téléphone: 207-874 -2141

Fax: 207-874-2164

Cher.ère parent.e/tuteur.trice,

Greater Portland Health (GPH), en partenariat avec quelques écoles publiques de Cumberland County, 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 dentaire, le formulaire de consentement au traitement, et le formulaire d'autorisation de divulgation d'informations. 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 bénéficie des scellants dentaires pour prévenir les caries sur ses dents permanentes (si approprié).
- ☐ Oui, je souhaite que mon enfant reçoive un traitement au fluor.

*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 fluor, plombages, couronnes et extractions.

Si vous avez la moindre question, n'hésitez pas à contacter (207) 874-2141, poste 8401, ou envoyer un email à jmacdonald@greaterportlandhealth.org

RENSEIGNEMENTS SUR L'ÉLÈVE

NOM DE FAMILLE 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: _____

Version du formulaire : 08.31.2025

Date de naissance: _____

1 sur

SCHOOL-BASED DENTAL PROGRAM



INSCRIPTION DE L'ÉLÈVE AUX SOINS DENTAIRES

Téléphone: 207-874 -2141

Fax: 207-874-2164

COUVERTURE D'ASSURANCE DE L'ÉLÈVE

Si votre enfant bénéficie d'une assurance dentaire, y compris MaineCare, celle-ci sera facturée. Votre famille ne sera pas facturée en cas de refus de remboursement ou si votre enfant n'est pas assuré.

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

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

Votre enfant est-il.elle couvert.e par assurance dentaire commerciale/privée? ☐ Oui ☐ Non ☐ Je ne suis pas sûre

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

Qui est le.a médecin.e de soins primaires de votre enfant? _____

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

Qui est le.a dentiste.e 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.

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

SCHOOL-BASED DENTAL PROGRAM



INSCRIPTION DE L'ÉLÈVE AUX SOINS DENTAIRES

Téléphone: 207-874 -2141

Fax: 207-874-2164

INFORMATIONS DÉMOGRAPHIQUES SUR L'ÉLÈVE

Les informations que vous partagez dans cette section n'auront aucun impact négatif sur la prise en charge de votre enfant. Elles sont fournies à des fins démographiques uniquement.

Sexe (encercler un):

Mâle

Femelle

Ya-t-il autre chose que vous aimeriez partager avec nous à propos de vos antécédents et qui pourraient influencer la façon dont nous prenons soin de vous en tant que patient?

Combien de personnes vivent dans votre ménage? _____

Revenu annuel de tous les adultes (18 ans et plus) du ménage? _____

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 (encercler un):

Anglais

Espagnol

Français

Arabe

Portugais

Somali

Cantonais

ASL (malentendants)

Kinyarwanda

Kirundi

Swahili

Lingala

Autre: _____

SCHOOL-BASED DENTAL PROGRAM



INSCRIPTION DE L'ÉLÈVE AUX SOINS DENTAIRES

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.trice

Prénom du ou de la parent.e/tuteur.trice

Lien de parenté/rôle

Date de naissance

Rue, n° d'apt/unité

Ville

État

Code postal

Numéro de Téléphone

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

☐ Oui

☐ No

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

Adresse du domicile de l'étudiant (si différente de celle du parent/tuteur):

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.trice pendant la durée de son inscription à une école avec laquelle GPH est partenaire.

Je comprends que le programme scolaire de soins dentaires de GPH est une entité distincte de l'établissement et de l'infirmerie 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.

☐ Je confirme avoir signé le **Consentement général au traitement et l'Autorisation de divulgation d'informations**.

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

Date de signature

Inscription au Centre de santé scolaire de Greater Portland Health

Formulaire d'autorisation d'utilisation et de divulgation d'informations en matière de soins de santé

En signant ci-après, je reconnais et consens à ce qui suit, eu égard à l'inscription de mon enfant au Centre de santé scolaire de Greater Portland Health (« le Centre de santé scolaire GPH ») et à la divulgation du dossier médical de mon enfant et d'informations connexes :

- J'ai reçu et lu l'Avis relatif aux pratiques en matière d'informations de santé du Centre de santé scolaire GPH qui offre des conseils concernant l'utilisation et la divulgation potentielles des informations de santé contenues dans le dossier médical de mon enfant, conformément aux normes de confidentialité de la loi HIPAA.
- J'autorise le Centre de santé scolaire GPH à accéder au dossier médical de mon enfant, y compris sans toutefois s'y limiter, aux informations concernant la santé physique, le comportement et les services de consultation, le cas échéant, et à toutes informations connexes, aux fins de traitement ou comme exigé et permis par la loi, comme déterminé par le Centre de santé scolaire GPH.
- J'autorise le Centre de santé scolaire GPH à fournir à l'école (y compris à l'infirmier/infirmière et aux assistants sociaux) des informations extraites des dossiers du Centre de santé scolaire GPH, comme il est jugé nécessaire et approprié à des fins de traitement ou comme exigé et permis par la loi, comme déterminé par le Greater Portland Health.
- J'autorise le Centre de santé scolaire GPH à communiquer les informations contenues dans ses dossiers (y compris les dossiers médicaux de l'école s'ils font partie des dossiers du centre) à d'autres médecins et prestataires de soins, y compris des médecins généralistes, dentistes et spécialistes de la santé mentale, pour faciliter l'administration des soins à mon enfant.
- J'autorise le médecin généraliste, dentiste et spécialiste de la santé mentale de mon enfant (« Prestataires tiers ») à fournir des informations de santé et dossiers médicaux au Centre de santé scolaire GPH pour faciliter l'administration des soins par le Centre de santé scolaire GPH à mon enfant. Je comprends que lesdits Prestataires tiers peuvent me demander de signer une autorisation séparée pour autoriser la divulgation des dossiers concernant le traitement par ces derniers.
- J'autorise le Centre de santé scolaire GPH à communiquer des informations extraites des dossiers du Centre de santé scolaire GPH, s'il y a lieu, aux compagnies d'assurance ou autres débiteurs.
- Je comprends et accepte comme suit : (i) Cette autorisation est valable pendant un an à compter de la date de signature, sauf si une durée plus brève est stipulée aux présentes et (ii) je peux révoquer cette autorisation à tout moment en déposant un avis écrit de retrait de l'autorisation, sauf dans la mesure où le Centre de santé scolaire GPH s'est fié au consentement original.

✍ **Signature du parent/tuteur :** _____ **Date :** _____

Nom en caractères d'imprimerie : _____ **Relation avec l'enfant :** _____

Nom du/de la patiente: _____ Date de naissance: _____

Greater Portland Health (« GPH ») est un centre de santé communautaire fournissant des soins de santé intégrés dans les domaines de la santé physique et comportementale, notamment le traitement du VIH/sida et des soins dentaires, à tous les membres de la communauté. GPH utilise un système informatisé de dossiers de santé regroupant toutes les informations médicales en un seul endroit. Afin de vous prodiguer les meilleurs soins possibles, les prestataires de soins du GPH peuvent consulter toute partie de votre dossier médical pertinente pour votre traitement, notamment des données relatives à votre condition physique, santé mentale, consommation d'alcool et de drogues ou soins dentaires.

- Consentement général aux traitements :** En signant ci-après, j'autorise les prestataires de soins de santé du GPH à procéder à des examens, à réaliser des tests diagnostiques, à effectuer des procédures pour évaluer mon état de santé et à fournir les soins (y compris un traitement d'urgence), services ou thérapies nécessaires à un diagnostic et traitement efficaces. Je comprends que le ou les prestataires de soins de santé chargés de mon traitement doivent m'expliquer la nature des soins, traitements et services proposés, des médicaments prescrits et des interventions ou procédures suggérées. Avant de subir des procédures ou tests quelconques, mon ou mes prestataires m'expliqueront les avantages, risques ou effets secondaires potentiels, notamment les problèmes éventuels susceptibles de survenir lors du rétablissement, les chances de réussite, d'autres options de traitement y compris les risques ou effets secondaires pertinents de ces alternatives, et m'expliqueront les conséquences éventuelles d'un refus de suivre le traitement recommandé.
- Droit de refuser un traitement :** En signant ce consentement général aux traitements, je comprends que je peux refuser tout examen, test, procédure, traitement, thérapie ou médicament recommandé ou jugé nécessaire sur le plan médical par mon ou mes prestataires de santé et que j'assume la responsabilité des décisions relatives à mes propres soins de santé et des conséquences de telles décisions.
- Responsabilité de paiement :** Je comprends que je dois régler à GPH tous les frais liés à mon traitement. Je demande que le remboursement autorisé de certaines prestations soit versé en mon nom à GPH pour lesdits services. Je comprends que GPH pourra communiquer des informations de santé à mon sujet, notamment des renseignements portant sur le statut VIH/sida, la consommation d'alcool et de drogues (sous réserve des limites fixées par la loi) et le traitement de santé mentale à ma ou mes compagnies d'assurance dans le but de vérifier ces prestations.
- Communication d'informations de santé :** Je comprends que, sous réserve de certaines conditions, je pourrai demander, par écrit, de limiter les données divulguées, de recevoir des informations confidentielles en communiquant à GPH une adresse, un numéro de téléphone ou un autre moyen de recevoir des informations, de consulter ou d'obtenir des exemplaires de mes informations de santé protégées. Je comprends en outre que j'ai d'autres droits eu égard à mes informations de santé, conformément à l'Avis sur les pratiques en matière de confidentialité.
- Avis sur les pratiques en matière de confidentialité :** Je comprends que bien que GPH ait l'obligation de protéger le caractère confidentiel de mes informations de santé, le centre peut légalement utiliser ces informations pour effectuer mon traitement, obtenir un paiement pour les services qui m'auront été fournis, coordonner mes soins ou effectuer les opérations nécessaires au sein de GPH.
- Assurance :** Si je bénéficie d'une couverture d'assurance active, je dois m'assurer que mon régime d'assurance indique le nom de mon prestataire de soins primaires (PCP, en anglais) à des fins de facturation et d'accès aux soins spécialisés. Je comprends que GPH a le droit de contacter mon assureur pour lui demander de mettre les renseignements à jour si le nom du ou de la prestataire de soins primaires figurant sur la police d'assurance est incorrect.
- HealthInfoNet :** HealthInfoNet est un système informatisé normalisé et sécurisé permettant aux prestataires de soins de santé de l'État du Maine de partager d'importantes informations sur les patients, les munissant d'outils nécessaires à une prise de décision de traitement éclairée. Il s'agit d'un programme avec option de refus. Si vous souhaitez en savoir plus ou si vous refusez de participer au programme, veuillez vous adresser à l'un.e de nos représentants du Service aux patients à l'accueil.
- Règles de bonne conduite :** Greater Portland Health doit être un lieu où tout le monde (clients, personnel, visiteurs ou bénévoles) se sent en sécurité et respecté. Tout comportement abusif, menaçant ou nuisant à la sécurité de la clinique est inacceptable. De tels comportements entraîneront des mesures appropriées de la part de GPH, notamment la création d'un accord de soins collaboratifs et une éventuelle interdiction de fréquenter la clinique.
- Droit de plainte :** En tant que patient.e, je connais mes droits, tels qu'ils sont énoncés dans la politique de traitement des plaintes de GPH.
- Signature :** En signant ci-après, je reconnais avoir lu et compris les informations ci-dessus. Pour toutes questions au sujet de mon consentement, je m'adresserai à mon ou ma prestataire avant de signer ce document.

Signature du ou de la patiente _____ Date _____
(Si le.a patient.e a moins de 18 ans, un.e parent.e ou un.e tuteur.ice légal.e doit signer.)