



# Autorisation de participation au programme Clean and Seal Dental Program /

## Formulaire des antécédents médicaux

**Merci de remplir (à l'encre) et de retourner ce formulaire dès demain au professeur de votre enfant.**

Nom de l'enfant: \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_  Masculin  Féminin  
École \_\_\_\_\_ Classe \_\_\_\_\_ Salle / Professeur \_\_\_\_\_

- OUI**, j'autorise mon enfant à participer au programme.  
*Veillez remplir et retourner ce formulaire*
- NON**, je n'autorise **PAS** mon enfant à participer au programme.

**Votre enfant a-t-il une ou des allergies ? Si oui, veuillez cocher toute case appropriée :**  OUI  NON

Colophane  Latex  Noix  Résines  Aliments  Arômes artificiels  Colorant rouge  Autre: \_\_\_\_\_

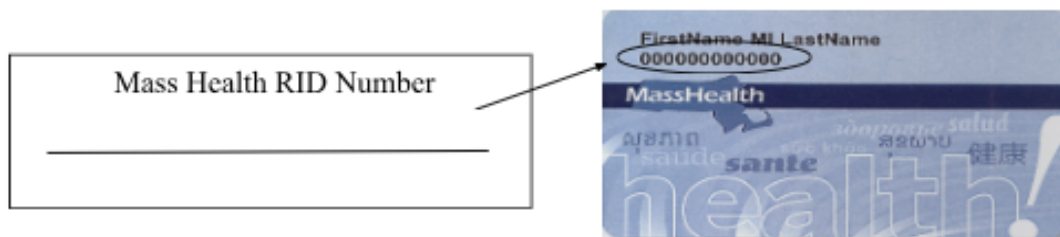
### Informations générales :

Quelle est la langue que *vo*tre enfant parle le mieux ? \_\_\_\_\_ Quelle est la langue que *le parent* parle à la maison ?  
 À quel groupe racial appartient votre *enfant* ?  
 Amérindien / Autochtone de l'Alaska  Asiatique  Noir / Afro-Américain  Hispanique / Latino  Blanc  Autre

### Informations médicales : \*\* S'il est nécessaire d'utiliser plus d'espace, veuillez joindre une feuille supplémentaire.

Votre enfant est-il régulièrement examiné par un médecin ?  OUI  NON  
 Votre enfant est-il régulièrement examiné par un dentiste ?  OUI  NON  
*Si oui*, nom du dentiste \_\_\_\_\_ Date de la dernière visite : \_\_\_\_\_  
 Votre enfant est-il nettoyé tous les 6 mois ?  OUI  NON  
 Votre enfant prend-il actuellement aucun médicament ?  OUI  NON  
*Si oui*, veuillez indiquer le nom du ou des médicaments. \_\_\_\_\_  
 Votre enfant a-t-il besoin d'antibiotiques (pénicilline) avant un traitement dentaire ?  OUI  NON  
 Votre enfant a-t-il DÉJÀ eu une maladie ou un état? *Si oui, veuillez cocher tout ce qui s'applique.*  OUI  NON  
 TDA / TDAH  Diabète  Crise épileptique  Asthme  Troubles cardiaques / Souffle au cœur  
 Autre : \_\_\_\_\_

Votre enfant bénéficie-t-il d'une assurance dentaire ? Si oui, merci d'indiquer le nom de l'assureur ci-dessous.



Il est entendu que le Clean and Seal Dental Program peut utiliser les informations médicales concernant mon enfant pour son traitement, la facturation et les services médicaux fournis. J'ai reçu un exemplaire de [l'Avis sur les Pratiques de Confidentialité](#) Clean and Seal Dental Program. J'ai lu et compris les explications sur le programme et les services dentaires et je consens à ce que mon enfant participe au programme. Il est entendu que les services prévoient une visite de suivi dans un délai d'un an à compter de la visite initiale et que ce suivi peut être effectué à moins que je n'annule mon consentement à la participation de mon enfant. J'autorise le Clean and Seal Dental Program à remettre un sommaire écrit des services fournis à mon enfant et à un représentant désigné par l'école de mon enfant. Il est entendu que ces services ne peuvent pas remplacer un examen par un dentiste, et que mon enfant devra être examiné par un dentiste dans les 90 jours, si cela n'a pas encore été fait. Il est entendu que mon enfant peut continuer à recevoir des soins dentaires de n'importe quel autre fournisseur. Si je bénéficie d'une assurance dentaire, je reconnais que ces services peuvent affecter mes droits et avantages à l'avenir et j'autorise mon assureur à recevoir les factures pour tout service fourni.

x \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_ Lien avec l'enfant : \_\_\_\_\_  
 Signature du parent ou tuteur

\_\_\_\_\_ Numéro de téléphone de jour \_\_\_\_\_ Téléphone portable \_\_\_\_\_  
 Nom en caractères d'imprimerie