

**Gouvernement du District de Columbia**

**Formulaire de consentement du programme de santé bucco-dentaire en milieu scolaire**

Cher parent ou tuteur :

Le Département de la santé du District de Columbia (DC Health) finance des soins dentaires de prévention à l'école/la structure d'accueil de votre enfant dans le cadre du Programme de santé bucco-dentaire en milieu scolaire (SBOHP). À travers ce programme, des dentistes certifiés et leur personnel d'appui feront des examens (« bilan de santé ») et des radios aux élèves ayant passé plus de 6 (six) mois sans consulter un dentiste. Au cours de ces consultations, ils auront accès au nettoyage bucco-dentaire, à la fluoration et au scellement (le cas échéant). Les enfants ayant besoin de services supplémentaires, (notamment le plombage, le perçage, les piqûres, l'extraction de dents ou des appareils dentaires) seront référés à leur foyer dentaire. Les résultats des visites de votre enfant seront transmis au point de contact compétent de l'école/établissement, ainsi qu'au SBOHP pour des besoins de suivi et de control du programme.

**VEUILLEZ NOTER :** Les enfants doivent consulter un dentiste tous les 6 (six) mois. Les services offerts dans le cadre du SBOHP ne remplacent PAS les visites normales chez le dentiste. Les dentistes vérifieront l'assurance dentaire et la date de la dernière visite chez un dentiste pour tous les enfants examinés à l'école/établissement, et factureront l'assurance pour tous les services fournis.

RENSEIGNEMENTS SUR L'ENFANT/ÉTUDIANT	
<b>Nom de l'enfant :</b>	
<b>Date de naissance (MM/JJ/AA) :</b>	<b>Identité sexuelle actuelle :</b>
<b>Adresse du domicile (rue, ville, état, code postal) :</b>	
<b>Origine ethnique (cochez toutes les réponses pertinentes) :</b> <input type="checkbox"/> Hispanique/Latino <input type="checkbox"/> Non-Hispanique/Non-Latino <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> Je préfère ne pas répondre	
<b>Race (cochez toutes les réponses pertinentes) :</b>	<input type="checkbox"/> Indien d'Amérique/Autochtone de l'Alaska <input type="checkbox"/> Asiatique <input type="checkbox"/> Noir/Afro-Américain <input type="checkbox"/> Autochtone d'Hawaï/Insulaire du Pacifique <input type="checkbox"/> Blanc <input type="checkbox"/> Je préfère ne pas répondre
<b>Nom de l'école/établissement :</b>	<b>Classe :</b>
<b>Nom de l'enseignant(e) :</b>	
<b>Nom du parent/tuteur :</b>	
<b>Numéro de téléphone :</b>	<b>Numéro de téléphone supplémentaire :</b>
<b>Adresse de courriel :</b>	
<b>Dernière consultation chez le dentiste :</b> <input type="checkbox"/> Il y a 1 à 3 mois <input type="checkbox"/> Il y a 4 à 6 mois <input type="checkbox"/> Il y a plus 6 mois <input type="checkbox"/> Incertain <input type="checkbox"/> Jamais	
<b>Principal dentiste :</b>	

ASSURANCE MALADIE VOUS DEVEZ COCHER L'UNE DES CASES ET FOURNIR TOUTES LES INFORMATIONS NÉCESSAIRES POUR PERMETTRE À VOTRE ENFANT DE RECEVOIR DES SERVICES.	
<input type="checkbox"/> <b>Cet enfant est couvert par le régime d'assurance suivant de DC Medicaid/ DC Healthy Families :</b>	
<input type="checkbox"/> AmeriHealth Caritas (N° d'identifiant :	<input type="checkbox"/> MedStar Family Choice (N° d'identifiant :
<input type="checkbox"/> Amerigroup (N° d'identifiant :	<input type="checkbox"/> Medicaid Fee-For-Service ("Straight Medicaid") (N° d'identifiant :
<input type="checkbox"/> Health Services for Children with Special Needs (HSCSN) Inc. (N° d'identifiant :	<input type="checkbox"/> Autre:
<input type="checkbox"/> <b>Cet enfant a une police d'assurance dentaire :</b>	
Société d'assurance :	Numéro de la société d'assurance :
Employeur :	Numéro de l'employeur :
Nom de l'adulte assuré :	Date de naissance de l'adulte assuré :
ID Membre /No. de police :	No. du groupe :
<input type="checkbox"/> <b>Cet enfant n'a pas de police d'assurance dentaire</b>	



**Gouvernement du District de Columbia**  
**Formulaire de consentement du programme de santé bucco-dentaire en milieu scolaire**

En tant que parent/tuteur de cet élève, je consens à ce qu'il lui soit administré des soins dentaires dans le cadre du Programme de santé bucco-dentaire en milieu scolaire. Je reconnais que la participation de mon enfant à ce programme donne droit :

- à la vérification de son assurance par le dentiste avant l'administration des soins.
- au dentiste de facturer et recevoir des paiements de Medicaid, de l'assurance de particuliers, ou de tout autre moyen de paiement.
- Lorsque j'ai une assurance dentaire personnelle, le dentiste peut facturer la famille pour tout frais déductible et/ou quote-part.
- Le dentiste doit partager les données cliniques de mon enfant de manière confidentielle avec les services de santé de DC, les services de financement de l'assurance santé de DC, les organisations de santé encadré par le programme Medicaid et/ou tout autre prestataire de soins médicaux pédiatriques.

En plus, je consens à ne pas tenir pour responsable, à indemniser et tenir à couvert le gouvernement du District de Columbia, son agence, son employé, son officier, son agent ou son représentant, de toute plainte, demande, action, ou jugement de ma part ou de celles de mes descendants, exécuteur testamentaires, administrateurs, ou personne désignée, qui pourrait émaner d'une blessure et d'un dommage, connu ou inconnu issus d'une des activités citées en sus. **Je reconnais que par refus de signer ce formulaire de consentement, mon enfant ne recevra aucun soin dans le cadre du présent programme.**

Je comprends que je peux renoncer au présent consentement en envoyant un avis écrit à l'adresse DC Health's Oral Health Program (2201 Shannon Place SE 5th Floor, Washington, DC 20020) ou en envoyant courriel à l'adresse [doh.oralhealth@dc.gov](mailto:doh.oralhealth@dc.gov). Je reconnais également que ce consentement a une durée d'un an à compter de sa date de signature, période pendant laquelle les données médicales de mon enfant seront envoyées aux parties énumérées et à des fins spécifiques, tant que cette renonciation n'est pas envoyée.

**Veillez fournir les informations suivantes au dentiste pour un meilleur suivi de votre enfant :**

<b>DONNÉES MÉDICALES COCHER CHAQUE ÉTAT DE SANTÉ QUI CORRESPOND À CELUI DE VOTRE ENFANT ET EXPLIQUEZ DANS L'ESPACE PRÉPARÉ À CET EFFET.</b>
<input type="checkbox"/> <b>Problèmes dentaires</b>
<input type="checkbox"/> <b>Problèmes cardiaques/remplacement valvulaire/valves</b>
<input type="checkbox"/> <b>Asthme/troubles respiratoire</b>
<input type="checkbox"/> <b>Épilepsie/crises</b>
<input type="checkbox"/> <b>Allergies</b> <input type="checkbox"/> Allergie au latex <input type="checkbox"/> Allergie aux noix de pin <input type="checkbox"/> Allergie à l'acrylique <input type="checkbox"/> Autre
<input type="checkbox"/> <b>Traitements en cours</b>
<input type="checkbox"/> <b>Antibiotiques requis en prémédication</b>
<input type="checkbox"/> <b>Autres problèmes de santé (diabète, hémorragies, maladies transmissibles, etc.)</b>
<b>Dentiste principal de l'enfant et/ou fournisseur de soins (le cas échéant) :</b>

J'ai lu l'avis au verso de la présente page, je comprends les conditions et y consens. En signant, je donne mon consentement éclairé pour que soient administrés à mon enfant, les services prévus dans le cadre du programme de santé bucco-dentaire en milieu scolaire.

**Signature parent/tuteur :** \_\_\_\_\_ **Date :** \_\_\_\_\_