



Programme de santé dentaire 802 Smiles Consentement aux services (niveau 4)

Veillez renseigner les informations ci-dessous, apposer votre signature et retourner ce document à l'établissement de votre enfant.

Prénom et nom de l'enfant : _____ Date de naissance : _____

Quels sont les soins proposés par le programme de santé dentaire infantile 802 Smiles ?

Le programme de santé dentaire 802 Smiles de votre établissement propose des examens dentaires, des nettoyages, l'application du vernis de fluorure, l'utilisation du fluorure diamine d'argent (SDF) (en français), et l'application de scellants dentaires (en français). **Pour bénéficier du traitement au SDF, un formulaire de consentement spécifique doit être renseigné, lequel vous informe davantage sur ce traitement.**

Il est important que votre enfant reçoive des soins dentaires auprès de votre dentiste habituel, si vous en avez un, plutôt que de recourir exclusivement au programme de santé dentaire 802 Smiles de l'établissement.

Consentement au traitement :

Oui, je consens à ce que mon enfant participe au programme de santé dentaire 802 Smiles. Je reconnais que, si un dentiste est mentionné dans ce formulaire, il recevra un rapport des résultats de l'examen effectué par l'hygiéniste dentaire du programme 802 Smiles. Je reconnais que mon enfant peut bénéficier de l'un ou de l'ensemble des services suivants, selon l'évaluation de l'hygiéniste dentaire du programme 802 Smiles, sans consultation préalable d'un dentiste :

- examen dentaire
- application du vernis de fluorure
- scellants dentaires
- nettoyage dentaire
- fluorure diamine d'argent

Non, je ne souhaite pas que mon enfant participe au programme de santé dentaire 802 Smiles.

Consentement à l'échange d'informations :

Avec le dentiste de votre enfant : Si votre enfant a un dentiste référencé dans son dossier et si vous optez pour les soins dentaires proposés dans le cadre du programme 802 Smiles, les informations relatives aux services fournis seront transmises à ce dentiste. **Ce partage d'informations est obligatoire :**

Oui, j'accepte que les informations relatives aux soins de mon enfant soient communiquées à son dentiste attitré.

Non, je refuse que les informations relatives aux soins de mon enfant soient transmises à son dentiste attitré. Je reconnais par conséquent que mon enfant ne pourra pas bénéficier des soins dentaires proposés par le programme 802 Smiles.

Avec le Département de la Santé du Vermont : Le Département de la Santé du Vermont souhaite utiliser les informations concernant votre enfant pour évaluer l'efficacité du programme. D'Autorisez-vous l'hygiéniste dentaire du programme 802 Smiles à partager les dossiers de soins dentaires de votre enfant avec le Département de la Santé du Vermont ? **Ce partage d'informations est facultatif :**

Oui, j'autorise l'hygiéniste dentaire de 802 Smiles à **transmettre le dossier dentaire de mon enfant** au Département de la Santé du Vermont.

Non, je refuse que l'hygiéniste dentaire de 802 Smiles **partage le dossier dentaire de mon enfant** avec le Département de la Santé du Vermont.

Veillez cocher cette case si vous êtes un **parent adoptif**, ou si vous partagez **la garde de cet enfant** :



Programme de santé dentaire 802 Smiles Consentement aux services (niveau 4)

Signature du parent/tuteur : _____ Date : _____

Nom du parent/tuteur en caractères d'imprimerie : _____

Si vous autorisez votre enfant à participer au programme de santé dentaire 802 Smiles, veuillez passer à la page suivante.

Antécédents dentaires de l'enfant :

À quand remonte la dernière consultation dentaire de votre enfant ?

- Au cours de l'année écoulée Il y a plus d'un an N'a jamais consulté un dentiste

Qui est le dentiste principal de votre enfant, s'il en a un ? _____

Quel type d'assurance dentaire votre enfant possède-t-il ? Aucun enfant ne se verra refuser un service en raison de sa couverture d'assurance. Il convient de noter que l'hygiéniste dentaire de 802 Smiles peut facturer Medicaid pour les services fournis à votre enfant.

- Medicaid/Dr. Dynasaur – Numéro d'identification Medicaid de votre enfant : _____
 Assurance dentaire privée (par exemple, Delta Dental) Tricare
 Pas d'assurance Autre _____
 Je ne sais pas

Votre enfant souffre-t-il d'allergies ? (médicaments, aliments, latex, argent, etc) Oui Non

Si oui, de quel type ? _____

Antécédents médicaux de l'enfant :

Votre enfant souffre-t-il d'une maladie ou d'un handicap physique, mental, intellectuel ou émotionnel ?

- Oui Non Je ne sais pas Je préfère ne pas répondre

Si vous avez répondu oui à la question précédente, comment pouvons-nous mieux aider votre enfant pendant sa consultation dentaire ? _____

Informations démographiques facultatives :

Sexe assigné à la naissance : Masculin Féminin Non binaire Je préfère ne pas répondre



Programme de santé dentaire 802 Smiles Consentement aux services (niveau 4)

La question suivante porte sur l'identité raciale et ethnique de votre enfant. Nous posons cette question afin de nous assurer que notre programme s'adresse à des personnes de toutes les races et de toutes les ethnies. Nous reconnaissons que les choix de réponses peuvent ne pas représenter fidèlement l'identité de votre enfant.

Laquelle des identités suivantes décrit mieux votre enfant ? (Veuillez cocher toutes les réponses pertinentes.)

- Abénaquis ou autre identité amérindienne ou autochtone de l'Alaska
- Asiatique ou Américain d'origine asiatique, par exemple Chinois, Indien d'Asie, Népalais ou Vietnamien
- Noir ou Afro-américain
- Hispanique ou Latino, Latina ou Latinx, par exemple, Mexicain, Vénézuélien ou Brésilien
- Moyen-Orient ou Afrique du Nord (la liste continue à la page suivante)
- Natif d'Hawaï ou d'une autre île du Pacifique
- Blanc ou Américain d'origine européenne
- Autre race ou ethnie, veuillez préciser : _____
- Je préfère ne pas répondre

Y a-t-il autre chose que vous aimeriez que nous sachions à propos de votre enfant ?

Veillez renvoyer le formulaire renseigné et signé à l'établissement de votre enfant.