

2021-2022

Cher parent/tuteur,

Greater Portland Health, en partenariat avec les écoles publiques de Portland et Westbrook, offre des soins dentaires aux écoles publiques de Portland et au lycée de Westbrook.

Veillez remplir et signer le formulaire ci-joint d'inscription au programme dentaire et l'Autorisation de divulgation d'informations pour permettre à votre enfant de bénéficier de services dentaires dans son école. **Veillez noter : deux signatures sont nécessaires, veuillez signer à la fois le formulaire d'inscription et l'autorisation.**

Des demandes de remboursement seront déposées auprès de l'assurance pour les services rendus, selon le cas. Greater Portland Health offre un tarif dégressif pour les patients non couverts par une assurance.

#### Services fournis

Des détartrages, des traitements au fluorure et des scellants sont fournis par des hygiénistes dentaires dans toutes les écoles de Portland ou à la clinique de Talbot (Riverton) ou à la clinique du lycée de Portland et au lycée de Westbrook.

#### Traitements

Un suivi est fourni par un dentiste du programme de santé dentaire pour enfants ou des étudiants en soins dentaires de l'UNE sous supervision, à la clinique située au lycée de Portland. Le traitement peut comprendre, sans toutefois s'y limiter, un examen dentaire, une radiologie diagnostique, du fluorure, des obturations, des couronnes et des extractions.

#### Dans ce paquet, vous trouverez :

- Un formulaire d'inscription au programme dentaire - ***veuillez le remplir, le signer et le remettre à l'infirmier/infirmière de l'école. Veuillez le remplir même si votre enfant était inscrit l'année dernière car les informations doivent être mises à jour.***
- Une autorisation de divulgations d'informations - ***veuillez la signer et la remettre à l'école.***
- Un avis de confidentialité de Greater Portland Health - au verso de cette lettre, à ***conserver dans vos dossiers.***

## Questions fréquemment posées

**Les services dentaires sont-ils payants ?** Oui, si votre enfant est couvert par une assurance dentaire, y compris MaineCare, une demande de remboursement sera transmise à la compagnie d'assurance. Les enfants non couverts par une assurance dentaire bénéficient d'un tarif dégressif. **Des conseillers financiers se tiennent à votre disposition pour vous aider à déterminer si vous avez droit à une assurance et, si tel n'est pas le cas, à examiner les options de paiement et le coût des services.**

**S'agit-il d'un programme scolaire ?** Non, le programme opère dans les écoles, mais est géré par Greater Portland Health. Les enfants de 6 mois à 21 ans peuvent participer au programme.

**Devrais-je inscrire mon enfant s'il ou elle est déjà un patient établi avec Greater Portland Health ?** Oui, le formulaire d'inscription nous autorise à examiner votre enfant en l'absence d'un parent.

**Qu'advient-il si mon enfant fréquente déjà la clinique ?** Veuillez remplir les formulaires ci-joints pour mettre à jour les antécédents médicaux, consulter la politique de confidentialité et signer l'autorisation de divulgation d'informations.

Veillez appeler le **207-874-2141, poste 7**, pour prendre rendez-vous ou contactez Kathy Martin, gestionnaire du programme dentaire de Greater Portland Health, au (207) 874-2141 poste 8401 ou [kmartin@greaterportlandhealth.org](mailto:kmartin@greaterportlandhealth.org) pour en savoir plus.

Greater Portland Health est un centre de santé habilité par le gouvernement fédéral dont la mission consiste à fournir des soins de santé de haute qualité, axés sur les patients, accessibles, abordables et respectueux de la diversité culturelle. Pour en savoir plus sur Greater Portland Health, veuillez appeler le (207) 874-2141 ou consulter notre site Internet : <http://www.greaterportlandhealth.org/>

## 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 : \_\_\_\_\_

CARING FOR THE WHOLE COMMUNITY

Nom de l'enfant \_\_\_\_\_ Date de naissance \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Genre \_\_\_\_\_  
(Informations identiques à celles figurant sur la carte MaineCare, le cas échéant)

Adresse \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_

Téléphone(s) de jour du parent \_\_\_\_\_ Messages/textos acceptables Oui/Non

Portable de l'élève (pour rappels) \_\_\_\_\_ Messages/textos acceptables Oui/Non

Courriel \_\_\_\_\_ Nom de l'école \_\_\_\_\_ Enseignant/Niveau \_\_\_\_\_

Numéro d'identification MaineCare (se termine avec un A) _____ Assurance dentaire privée : nom de la compagnie _____ N° d'assuré _____ N° de groupe _____ Adresse pour la demande de remboursement _____ Nom de l'assuré _____ Date de naissance de l'assuré _____	_____ Non-assuré (veuillez ✓)
Nom du garant (personne responsable du règlement) : _____ Date de naissance : _____	

**Votre enfant a-t-il jamais souffert de l'une des maladies suivantes ? Cochez toutes les réponses qui s'appliquent.**

- |                                                      |                                                   |                                                  |                                                                   |
|------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|--------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> TDA/TDAH*                   | <input type="checkbox"/> Cancer/Tumeurs           | <input type="checkbox"/> Cardiopathie            | <input type="checkbox"/> Soins psychiatriques                     |
| <input type="checkbox"/> Sida/VIH                    | <input type="checkbox"/> Paralysie cérébrale      | <input type="checkbox"/> Hépatite                | <input type="checkbox"/> Infection sexuellement transmise         |
| <input type="checkbox"/> Asthme                      | <input type="checkbox"/> Fente labio-palatine     | <input type="checkbox"/> Herpès                  | <input type="checkbox"/> Troubles de la parole/l'ouïe             |
| <input type="checkbox"/> Autisme/Syndrome d'Asperger | <input type="checkbox"/> Cardiopathie congénitale | <input type="checkbox"/> Hypertension artérielle | <input type="checkbox"/> Troubles de l'estomac/gastro-intestinaux |
| <input type="checkbox"/> Anomalie congénitale        | <input type="checkbox"/> Diabète                  | <input type="checkbox"/> Néphropathie            | <input type="checkbox"/> Tuberculose                              |
| <input type="checkbox"/> Trouble sanguin             | <input type="checkbox"/> Épilepsie/convulsions    | <input type="checkbox"/> Trouble hépatique       | <input type="checkbox"/> Autre                                    |

\*Trouble déficitaire de l'attention/Trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité

Votre enfant souffre-t-il d'allergies ? Expliquez \_\_\_\_\_

Indiquez les médicaments que votre enfant prend. \_\_\_\_\_

Votre enfant a-t-il mal aux dents ? Oui Non Votre enfant a-t-il consulté un dentiste au cours de l'année passée ?

Oui Non Si la réponse est oui, à quel endroit ? \_\_\_\_\_

Langue parlée au domicile \_\_\_\_\_

Race de l'enfant : \_\_\_\_\_ Blanche \_\_\_\_\_ Noire, africaine, afro-américaine \_\_\_\_\_ Autre, Polynésienne \_\_\_\_\_ Asiatique  
 \_\_\_\_\_ Indienne de l'Amérique du Sud/centrale/du Nord, Autochtone de l'Alaska \_\_\_\_\_ Autochtone de Hawaï \_\_\_\_\_ Multiracial

Ethnicité de l'enfant : \_\_\_\_\_ Hispanique/latino \_\_\_\_\_ Non-hispanique/latino

Nombre total de membres de la famille vivant au foyer : _____	Revenu total annuel du ménage : _____
Nom du chef du ménage : _____	Relation avec l'élève : _____

**Consentement à utiliser le programme de santé dentaire pédiatrique de Greater Portland Health et autorisation de divulgation d'informations**

**En signant ce formulaire, je reconnais et comprends que :**

- J'ai reçu et lu la lettre aux parents et les questions fréquemment posées relatives au programme dentaire en milieu scolaire de Greater Portland Health (« GPH ») où sont présentés ce programme ainsi que les services et avantages dont mon enfant pourra bénéficier.
- Le programme dentaire en milieu scolaire de GPH est une entité distincte de l'école et du bureau de l'infirmière scolaire. Le programme dentaire en milieu scolaire de GPH fournit des évaluations dentaires et une variété de traitements de soins dentaires en milieu scolaire tout en communiquant avec d'autres prestataires de soins de santé pouvant administrer des soins à mon enfant.
- Ce consentement est valide pendant toute la période à laquelle l'élève est inscrit dans un établissement du Portland School System ou jusqu'au transfert vers un autre établissement (p. ex, du collège au lycée). Au moment du transfert vers un lycée, je dois inscrire de nouveau mon enfant au programme dentaire en milieu scolaire de GPH si je souhaite qu'il ou elle continue à bénéficier des services offerts par ce programme.
- Il m'est demandé de lire avec attention et signer le Formulaire d'autorisation d'utilisation et de divulgation d'informations en matière de soins de santé en lien avec l'inscription de mon enfant au programme dentaire en milieu scolaire de GPH.

**J'ai lu ce formulaire dans son intégralité et je consens à inscrire mon enfant au programme dentaire en milieu scolaire de GPH pour le moment.**

☞ Signature du parent/tuteur : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Nom en caractères d'imprimerie : \_\_\_\_\_ Date de naissance \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_ Relation \_\_\_\_\_