

Formulaire d'inscription au programme dentaire

2019-2020

Nom de l'enfant _____
(Même que sur la carte MaineCare , le cas échéant)

Date de naissance ____ / ____ / ____ Sexe M F T

Adresse _____ Code postal _____

Téléphone de jour des parents _____ Msg OK oui / non

Autre téléphone _____ Msg OK oui / n

Cellule de l'étudiant (pour les rappels de rendez-vous) _____

Nom de l'école _____ Enseignant / Grade _____

Numéro d'identification de MaineCare (se terminant par A) _____

Assurance dentaire privée: Nom de l'entreprise _____ Numéro d'assurance sociale _____

Groupe # _____ Nom de l'assuré _____

Adresse de réclamation au verso de la carte _____

_____ non assuré Si vous n'êtes pas assuré, une de nos aides financières les conseillers vous contacteront pour discuter de l'assurance et de nos options d'échelle mobile.

Votre enfant a-t-il déjà eu l'une des situations suivantes? S'il plaît ✓ tout ce qui s'applique .

- | | | | |
|--|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> ADD / ADHD | <input type="checkbox"/> Cancer / Tumeurs | <input type="checkbox"/> Maladie cardiaque | <input type="checkbox"/> Soins psychiatriques |
| <input type="checkbox"/> SIDA / VIH | <input type="checkbox"/> Paralysie cérébrale | <input type="checkbox"/> Hépatite | <input type="checkbox"/> STI |
| <input type="checkbox"/> Asthme | <input type="checkbox"/> Fente labiale / palatine | <input type="checkbox"/> Herpès | <input type="checkbox"/> Problèmes de la parole / de l'ouïe |
| <input type="checkbox"/> Autisme / Asperger | <input type="checkbox"/> Cardiopathie congénitale | <input type="checkbox"/> Hypertension artérielle | |
| <input type="checkbox"/> Problèmes gastriques / gastro-intestinaux | <input type="checkbox"/> Malformations congénitales | | |
| <input type="checkbox"/> Type de diabète | <input type="checkbox"/> Désordre rénal | <input type="checkbox"/> Tuberculose | |
| <input type="checkbox"/> Maladie du sang | <input type="checkbox"/> Epilepsie / Saisies | <input type="checkbox"/> Troubles hépatiques | |
| <input type="checkbox"/> Autre | Votre enfant a-t-il des allergies? Explique | | |

Énumérez tous les médicaments que votre enfant prend

Est-ce que votre enfant a des douleurs dentaires? OUI NON

Votre enfant a-t-il consulté un dentiste au cours de la dernière année? OUI NON Si oui, où? _____

Langue parlée à la maison _____

Course de l'enfant: Asiatique Noir, Africain, Afro-américain Multiracial

Hawaïen indigène Autre insulaire du Pacifique

Indien du Sud / Centre / Amérique du Nord, Alaska Natif Blanc

Origine ethnique de l'enfant: hispanique / latino non hispanique / latino

Nombre total de membres de la famille vivant dans le ménage: _____

Revenu annuel total du ménage: _____

Consentement à utiliser le programme de santé bucco-dentaire des enfants de Greater Portland Health et autorisation de divulgation de renseignements

J'autorise mon enfant, _____, à utiliser le programme de santé bucco-dentaire des enfants de Greater Portland Health, qui peut comprendre des procédures de diagnostic et de traitement, y compris l'imagerie par rayons X et l'application d'un anesthésique local pour le traitement. Je comprends que ma signature indique que j'ai reçu et lu l' avis de confidentialité de Greater Portland Health .

- ° J'autorise le personnel du programme de santé bucco-dentaire de Greater Portland Health à accéder au dossier de santé scolaire de mon enfant et à autoriser le personnel du programme de santé bucco-dentaire de Portland et l'infirmière scolaire ou le travailleur social scolaire à partager les informations et dossiers médicaux pertinents. fins.
- ° J'autorise le dispensateur de soins primaires, le dentiste et le professionnel de la santé mentale de mon enfant à partager les informations médicales et les dossiers avec le programme de santé bucco-dentaire de Greater Portland Health pour soutenir les soins de mon enfant. des renseignements sur la santé et des dossiers avec le fournisseur de soins primaires, le dentiste et le professionnel de la santé mentale de mon enfant, selon le cas, pour faciliter les services de traitement et la continuité et la coordination des soins.
- ° J'autorise le personnel de toute agence tierce qui passe des contrats pour la fourniture de services de santé ou de comportement pour mon enfant afin de partager des informations de santé et des dossiers avec le programme de santé bucco-dentaire de Greater Portland Health pour soutenir mon enfant.
- ° J'entends par autoriser le programme de santé bucco-dentaire des enfants de Greater Portland Health de divulguer des informations dentaires et des dossiers concernant le traitement à des tiers payeurs ou d'autres dans le but de recevoir le paiement des services.

Autorisation: Cette autorisation est valide pour la durée pendant laquelle l'élève est inscrit au Portland School System ou jusqu'à ce qu'il soit transféré dans une autre école (du primaire au collège ou du collège au lycée). Je reconnais que lorsque mon élève est transféré de l'élémentaire à l'école intermédiaire ou secondaire, je dois le réinscrire au programme de santé buccodentaire si je souhaite qu'il continue de recevoir des services du programme de santé buccale pour enfants de Greater Portland Health. Je comprends que je peux révoquer cette autorisation à tout moment en soumettant un avis écrit du retrait de mon consentement. Je reconnais que les dossiers dentaires, s'ils sont reçus par le district scolaire, peuvent ne pas être protégés par la loi HIPAA, mais deviendront des dossiers d'éducation protégés par la Loi sur les droits éducatifs familiaux et la vie privée (FERPA). J'ai lu ce formulaire complètement et j'accepte d'inscrire mon étudiant au programme de santé bucco-dentaire pour enfants de Greater Portland en ce moment.

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

Nom en caractères d'imprimerie : _____ **Relationship** _____