

# Sealants for Smiles

*a United Way of Salt Lake initiative*



Un programme *gratuit* de soin de caries dentaires est disponible à l'école pour tous les enfants du deuxième degré. Les dents de votre enfant seront examinées afin de déterminer lesquelles ont des caries à soigner. Des dentistes qualifiés feront les plombages. Il a été prouvé que les plombages sont sûrs et très efficaces pour contrôler la dégradation des dents. Toutes les procédures se feront dans les normes de soins dentaires (gants, masques, instruments stérilisés). Tous les participants recevront des instructions d'hygiène dentaire et une brosse à dents. Le brossage des dents et l'utilisation de fil dentaire quotidiennement, ainsi que des examens réguliers, seront toujours nécessaires, même si votre enfant a des dents plombées.

## Permission pour participer a ce programme:

Nom de l'enfant : \_\_\_\_\_

\_\_\_ Oui, j'autorise mon enfant à avoir un examen dentaire, sans frais, qui pourrait ou non inclure des radios et des plombages. J'ai lu et compris les informations suivantes :

\_\_\_ Non, je n'autorise pas mon enfant à avoir un examen dentaire et des plombages.

Signature des parents ou du tuteur: \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Nom des Parents/Tuteur: \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

Téléphone : domicile: \_\_\_\_\_ Travail : \_\_\_\_\_ portable: \_\_\_\_\_

Date de naissance de l'enfant : \_\_\_\_\_ Garçon \_\_\_ Fille \_\_\_

École de l'enfant : \_\_\_\_\_ Nom de l'enseignant : \_\_\_\_\_

Ethnique : hispanique/latine \_\_\_\_\_ non hispanique/latine \_\_\_\_\_

Votre enfant a t'il une assurance dentaire ? Privée \_\_\_ CHIP \_\_\_ Medicaid \_\_\_ Aucune \_\_\_ Pas sure \_\_\_

Quand votre enfant a-t-il vu un dentiste pour la dernière fois ? \_\_\_\_\_

Race : Blanche \_\_\_ Noire/Africaine/Américaine \_\_\_ Indienne Américaine/Native d'Alaska \_\_\_  
Asiatique \_\_\_ Hawaïenne/Iles du Pacifique \_\_\_ Autres \_\_\_\_\_

Votre enfant a-t-il eu (cochez "oui" ou "non")

	OUI	NON		OUI	NON
Rhumatisme	_____	_____	SIDA / Séro positif	_____	_____
Problèmes cardiaques	_____	_____	Asthme	_____	_____
Épilepsie/Tétanie	_____	_____	Diabète	_____	_____
Hépatite	_____	_____	Tuberculose	_____	_____
Allergies	_____	_____	Si oui, à quoi ?	_____	_____

Votre enfant est-il allergique au latex ? OUI \_\_\_ NON \_\_\_

Votre enfant prend-il des médicaments ? OUI \_\_\_ NON \_\_\_

Si oui, lesquels : \_\_\_\_\_

Votre enfant a-t-il d'autres problèmes de santé ? \_\_\_\_\_