



Health and Social Services
9010 Quartz Road, Whitehorse, Yukon Y1A 2Z5

**YUKON CHILDREN'S DENTAL PROGRAM
CONSENT FOR EXAMINATION &
PREVENTION SERVICES**

Enrolment for 2017/2018 school year

Name of child _____ Sex F / M Date of birth _____

Address _____ Postal code _____

Parents'/Guardians' names _____

Work phone _____ Home phone _____ Work phone _____ Home phone _____

Email _____

SCHOOL HISTORY

What school did your child last attend? _____

What school is your child attending this year? _____ Grade _____

Has your child been enrolled in the Yukon Children's Dental Program before? Yes No

MEDICAL HISTORY

Personal information is collected under the authority of the s.4.1 of the Health Act and s.29(c) of the Access to Information and Protection of Privacy Act for the purpose of delivering services offered by the Yukon Children's Dental Program. It is important for your child's safety that you provide accurate medical history. All information provided will be held in strict confidence by the Yukon Children's Dental Program. For questions regarding this collection of information, contact the Yukon Children's Dental Program at 667-8360.

Is your child currently under a doctor's care for an illness? Yes No

Is your child currently taking any medications? Yes No

If yes, please list the medications your child is currently taking: _____

Has your child ever been hospitalized? Yes No

If yes, please list date(s) and reason(s): _____

Does your child smoke or use tobacco related products? Yes No

Indicate if your child has/had:

a reaction to dental treatment? Yes No liver disease e.g. hepatitis, jaundice? Yes No

heart disease? Yes No kidney disease? Yes No

rheumatic fever? Yes No thyroid disease? Yes No

heart murmur? Yes No epilepsy? Yes No

high blood pressure? Yes No asthma? Yes No

abnormal bleeding? Yes No allergies e.g. food, medicine, latex, bees? Yes No

diabetes? Yes No cancer e.g. leukemia? Yes No

a communicable disease e.g. tuberculosis, sexual transmitted infection, HIV infection? Yes No

Has your doctor advised you that your child requires antibiotics before surgery or dental treatment? Yes No

Is your child pregnant? Yes No

If you answered **Yes** to any of these questions or if your child is currently being investigated for a condition, or if your child has any conditions or diseases not listed above, please explain.

Name of family doctor _____

I give consent for the dental program to contact our family doctor to follow up on medical conditions noted above. Yes No

YES, I CONSENT to my child receiving a dental examination by a dentist or dental therapist.

As part of the examination, the services listed below may be provided by dental program staff.

You must indicate the service(s) you consent to your child receiving:

x-rays **brushing instruction** **cleaning of teeth** **sealants** **fluoride**

Please provide any additional notes for the Dental Program regarding your child's treatment:

Following the dental examination, if your child requires restorative dental treatment (i.e. fillings, extractions etc.) a Consent for Treatment form will be sent to obtain consent prior to providing treatment.

NO, I DO NOT CONSENT to my child being enrolled in the Yukon Children's Dental Program.

Signature of Parent/Legal Guardian _____

Date _____

If you have any questions or concerns, please call the Yukon Children's Dental Program at 667-8360 (1-800-661-0408 extension 8360 toll-free in Yukon).

Nom de l'enfant _____ Sexe F / M Date de naissance _____

Adresse _____ Code postal _____

Noms des parents/tuteurs* _____

Tél. (travail) _____ Tél. (domicile) _____ Tél. (travail) _____ Tél. (domicile) _____

Courriel _____

ANTÉCÉDENTS SCOLAIRES

Quelle est la dernière école fréquentée par votre enfant? _____

Quelle école votre enfant fréquente-t-il cette année? _____ Niveau _____

Votre enfant a-t-il déjà été inscrit au Programme yukonnais de soins dentaires pour enfants? Oui Non

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

Les renseignements personnels sont recueillis en vertu de l'article 4.1 de la *Loi sur la santé* et du paragraphe 29(c) de la *Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée*, dans le but de fournir les services offerts par le Programme yukonnais de soins dentaires pour enfants. Pour la sécurité de votre enfant, il est important de nous donner ses antécédents médicaux de façon précise. Tous les renseignements fournis resteront confidentiels et ne seront consultés que par les employés du Programme yukonnais de soins dentaires pour enfants. Si vous avez des questions au sujet de cette collecte de renseignements personnels, communiquez avec un responsable du Programme, au 667-8360.

Est-ce que votre enfant est suivi par un médecin pour le traitement d'une maladie? Oui Non

Est-ce que votre enfant prend actuellement des médicaments? Oui Non

Si oui, indiquez lesquels : _____

Est-ce que votre enfant a déjà été hospitalisé? Oui Non

Si oui, indiquez les dates et les raisons de son hospitalisation : _____

Est-ce que votre enfant fume ou consomme des produits du tabac? Oui Non

Est-ce que votre enfant a déjà souffert...

de réactions à un traitement dentaire? Oui Non d'une maladie du foie (ex. hépatite, jaunisse)? Oui Non

d'une maladie du cœur? Oui Non d'une maladie du rein? Oui Non

de fièvre rhumatismale? Oui Non d'une maladie thyroïdienne? Oui Non

de souffle cardiaque? Oui Non d'épilepsie? Oui Non

d'hypertension? Oui Non d'asthme? Oui Non

de saignements anormaux? Oui Non d'allergies (ex. aliments, médicaments, latex, abeilles)? Oui Non

de diabète? Oui Non d'un cancer (ex. leucémie)? Oui Non

d'une maladie transmissible (ex. tuberculose, ITS, VIH)? Oui Non

Votre médecin vous a-t-il avisé que votre enfant doit prendre des antibiotiques avant de subir une intervention chirurgicale ou un traitement dentaire? Oui Non

Est-ce que votre fille est enceinte (adolescente)? Oui Non

Si vous avez répondu **Oui** à l'une des questions ci-dessus, si votre enfant subit actuellement des tests pour des troubles médicaux ou si votre enfant a déjà souffert de troubles médicaux ou de maladies qui ne sont pas décrits ci-dessus, veuillez expliquer.

Nom du médecin de famille _____

Je consens à ce que le thérapeute dentaire communique avec notre médecin de famille pour faire un suivi des troubles médicaux énumérés ci-dessus. Oui Non

OUI, JE CONSENS à ce que mon enfant subisse un examen dentaire effectué par un dentiste ou thérapeute dentaire.

Les services ci-dessous peuvent faire partie de l'examen.

Veuillez indiquer ceux que vous désirez que votre enfant reçoive :

radiographies techniques de brossage nettoyage des dents

application de ciment dentaire fluoruration

Veuillez fournir tout autre renseignement concernant le traitement de votre enfant dans le cadre de ce programme de soins dentaires :

À la suite de l'examen dentaire, si votre enfant a besoin d'un traitement de dentisterie restauratrice (ex. obturations, extractions), vous recevrez un formulaire de Consentement au traitement. Aucun traitement ne sera effectué sans votre consentement.

JE REFUSE que mon enfant soit inscrit au Programme yukonnais de soins dentaires pour enfants.

Signature du parent/tuteur légal _____

Date _____

Si vous avez besoin de précisions, veuillez communiquer avec un responsable du Programme yukonnais de soins dentaires pour enfants, au 667-8360 (ou, sans frais au Yukon, au 1-800-661-0408, poste 8360).