



## Antécédents médicaux de l'enfant

**Oui Non**

Nom du pédiatre \_\_\_\_\_ No. de téléphone \_\_\_\_\_

Est-ce que votre enfant a un médecin en ce moment ?..... \_\_\_\_\_  
 Depuis quand et pourquoi ? \_\_\_\_\_

Est-ce que votre enfant prend des médicaments, des vitamines ou des comprimés de fluorure ?..... \_\_\_\_\_  
 Veuillez énumérer \_\_\_\_\_

Est-ce que votre enfant a des allergies ? Médicaments, latex, alimentaires, nourriture, autre ? \_\_\_\_\_  
 Veuillez énumérer \_\_\_\_\_

Est-ce que votre enfant a déjà été hospitalisé ?..... \_\_\_\_\_  
 Quand ? \_\_\_\_\_ Pourquoi ? \_\_\_\_\_

**EST-CE QUE VOTRE ENFANT A, OU A DÉJÀ EU UN DES ITEMS SUIVANTS ? SI OUI, VEUILLEZ COCHER**

- |  |   |  |  |
|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> ADD/DAH<br><input type="checkbox"/> SIDA/VIH<br><input type="checkbox"/> Anémie<br><input type="checkbox"/> Asthme<br><input type="checkbox"/> Problèmes de vessie<br><input type="checkbox"/> Problèmes de comportement<br><input type="checkbox"/> Cancer<br><input type="checkbox"/> Paralysie cérébrale<br><input type="checkbox"/> Varicelle<br><input type="checkbox"/> Convulsions | <input type="checkbox"/> Retards de développement<br><input type="checkbox"/> Diabète<br><input type="checkbox"/> Épilepsie<br><input type="checkbox"/> Problèmes de la vue<br><input type="checkbox"/> Évanouissement<br><input type="checkbox"/> Problèmes d'audition<br><input type="checkbox"/> Souffle au coeur<br><input type="checkbox"/> Problèmes cardiaque<br><input type="checkbox"/> Hépatite | <input type="checkbox"/> Maladie de rein<br><input type="checkbox"/> Maladie de foie<br><input type="checkbox"/> Problèmes d'apprentissage<br><input type="checkbox"/> Rougeole<br><input type="checkbox"/> Mononucléose<br><input type="checkbox"/> Oreillons<br><input type="checkbox"/> Toux persistante<br><input type="checkbox"/> Saignement prolongé<br><input type="checkbox"/> Soins psychiatrique<br><input type="checkbox"/> Rhumatisme | <input type="checkbox"/> Problèmes de sinus<br><input type="checkbox"/> Problème de glande thyroïde<br><input type="checkbox"/> Tuberculose<br><input type="checkbox"/> Ulcères<br><input type="checkbox"/> Allergies saisonnières<br><input type="checkbox"/> Autres _____<br>_____ |
|--|---|--|--|

L'information que j'ai fournie est correcte au meilleur de ma connaissance. Je comprends que des mauvaises informations peuvent être dangereuses pour la santé de mon enfant. Je comprends qu'il en ait de ma responsabilité que d'informer Dental Kidz de tout changement de santé.

\_\_\_\_\_  
Signature du parent/gardien

\_\_\_\_\_  
Date





300 Chancellor Ave, 2<sup>nd</sup> Floor  
Newark, NJ 07112  
Tel: 973-391-1000  
Fax: 973-391-1005  
[info@dentalkidz.com](mailto:info@dentalkidz.com)  
[www.dentalkidz.com](http://www.dentalkidz.com)

### CONSENTEMENT DE L'EXAMEN DENTAIRE

Je donne ma permission pour le Dr Levene Harvell et le personnel supervisé par le Dr Levene Harvell d'effectuer les procédures suivantes sur mon enfant ou pupille juridique: examen, les radiographies, le nettoyage, le fluorure, des produits d'étanchéité, et le comportement des techniques de gestion.

J'ai lu et compris ce formulaire de consentement. J'ai eu l'occasion de poser des questions sur le traitement. Je comprends que j'ai le droit de disposer de réponses aux questions que j'ai peut-être au cours du traitement de mon enfant. Je comprends que je suis libre de retirer mon consentement à un traitement à tout moment.

Nom de l'école: \_\_\_\_\_

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

Date de naissance: \_\_\_\_\_ Sexe: M F (Circle One) SSN: \_\_\_\_\_

Nom du Responsable: \_\_\_\_\_ Relation à l'enfant: \_\_\_\_\_

Adresse postale: \_\_\_\_\_

Accueil téléphonique: \_\_\_\_\_ Téléphone portable: \_\_\_\_\_ De téléphone au travail: \_\_\_\_\_

Signature du parent ou tuteur: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_



## **Autorisation de Prestation d'Assurance**

Je certifie que je suis couvert par assurance avec \_\_\_\_\_  
Nom de l'assurance dentaire

J'attribue au Dr. Levene Harvell toutes les prestations d'assurance, s'il y en a, recevables par moi pour service rendu. Je comprends que je suis financièrement responsable de tous les frais non couverts par l'assurance. J'autorise formellement le docteur à divulguer toutes les informations nécessaires comprenant le diagnostic et les dossiers de toute consultation ou traitement fournis à mon enfant pour assurer le paiement des prestations. J'autorise l'utilisation de cette signature sur tous les dépôts d'assurance.

\_\_\_\_\_  
La signature de Parent/Gardien

\_\_\_\_\_  
La Date

## Instructions de Confidentialité

Ces instructions décrivent de quel manière vos informations médicales peuvent être utilisés et divulgués et comment avoir accès à ces informations.

Le Health Insurance Portability & Accountability Act of 1996 (HIPAA) stipule que tous les enregistrements de soin médical ou autres informations médicales individuelles et identifiables utilisées ou divulgués par nous sous quelques formes, électroniques, papier ou orale, restent confidentielles. Cette loi fédérale vous octroie (le patient) d'important nouveaux droits pour comprendre et contrôler de quelle manière vos informations médicales sont utilisés. Le HIPAA prévoit des amendes pour les entités couvertes qui abusent des informations médicales personnelles. Comme demandé par le HIPAA, nous avons préparé ces explications sur notre façon de respecter la confidentialité de vos informations médicales et notre façon de les utiliser et de les divulguer.

Sans autorisation écrite spécifique, nous avons le droit d'utiliser et de divulguer votre dossier médical dans le cadre du traitement, du paiement et des opérations médicales.

Le traitement signifie fournir, coordonner ou gérer des soins médicaux et des services en relation par un ou plusieurs prestataires. Par exemple, nous pouvons avoir besoin de partager des informations avec d'autres prestataires ou spécialistes impliqués dans la suite de vos soins.

Le paiement signifie des activités comme l'obtention du remboursement pour des services, la confirmation de votre couverture, la facturation ou l'encaissement et le bilan. Par exemple nous divulguons des informations de traitement lorsque nous facturons un plan dentaire à votre assurance dentaire.

Les opérations médicales comprennent les aspects commerciaux de notre pratique. Par exemple, les informations du patient peuvent être utilisées à des fins de formation, ou comme gage de qualité.

Sauf mention de votre part, nous pouvons utiliser et divulguer des informations médicales à un membre de votre famille, à un ami ou d'autres représentants personnel en cas de nécessité pour vous aider avec votre assurance ou avec le paiement de votre assurance. De plus nous pouvons utiliser des informations confidentielles pour vous rappeler vos rendez-vous en vous envoyant des lettres de rappel et/ou vous laisser des messages chez vous et/ou au bureau. Toute autre utilisation ou divulgation ne seront faites uniquement qu'avec votre accord écrit. Vous pouvez révoquer une autorisation en nous écrivant et nous avons le devoir d'honorer et de respecter cette demande, à l'exception d'actions que nous ayons déjà entreprises avec votre autorisation.

Vous avez des droits sur vos informations médicales protégées, que vous pouvez exercer en présentant une demande écrite à notre Chargé de la Confidentialité

Le droit de demander des restrictions d'utilisation et de divulgation de vos informations médicales protégées, comme les divulgations à des membres de votre famille, à d'autres parents, à vos amis, ou toute personne identifiée par vous. Nous ne sommes cependant pas obligé de nous conformer à une demande de restriction. Si nous sommes d'accord avec une restriction, nous devons nous y conformer jusqu'à ce que vous fassiez la demande écrite contraire.

Le droit de demander à recevoir des communications confidentielles de vos informations médicales protégées par nous par des moyens alternatifs ou à des endroits alternatifs.

Le droit d'accéder, d'inspecter et de copier vos informations médicales protégées.

Le droit de demander un amendement à vos informations médicales protégées.

Le droit de recevoir la liste des divulgations de vos informations médicales protégées en dehors d'un traitement, d'un paiement et d'opérations médicales.

Le droit d'obtenir par nous et sur demande une copie papier de ces instructions.

La loi nous oblige à maintenir la confidentialité de vos informations médicales protégées et de vous fournir les explications de nos obligations légales et de nos pratiques de confidentialité en respect de vos informations médicales protégées.

Nous devons nous conformer aux termes des Instructions de Confidentialité présentement en pratique. Nous nous réservons le droit de changer les termes de nos Instructions de Confidentialité et de mettre en pratique de nouvelles dispositions pour toutes les informations médicales protégées dont nous disposons. Les révisions de nos Instructions de Confidentialité seront postées et vous pouvez demander une copie écrite de ces Instructions Révisés de ce bureau.

Vous avez le droit de nous adresser une plainte formelle écrite à l'adresse ci-dessous, ou au Department of Health & Human Services, Office of Civil Rights, si vous pensez que votre confidentialité a été bafouée. Nous n'engagerons pas de poursuite pour avoir rempli une plainte.

Pour plus d'information sur nos Pratiques de Confidentialité, merci de contacter notre directeur.



**ACCUSÉ RÉCEPTION D'AVIS DE PRATIQUES PRIVÉES**

Vous pouvez refuser de signer cet accusé réception

J'ai, \_\_\_\_\_, reçu une copie de l'avis de pratiques privées de ce cabinet.

Nommer (s'il vous plaît les Caractères): \_\_\_\_\_

La signature: \_\_\_\_\_

La Date: \_\_\_\_\_

---

For Office Use Only

We attempted to obtain written acknowledgment of receipt of our Notice of Privacy Practices, but acknowledgment could not be obtained because:

Individual refused to sign

Communications barriers prohibited obtaining the acknowledgment

An emergency situation prevented us from obtaining acknowledgment

Other (Please Specify)

---

Name (Please Print) \_\_\_\_\_

Signature \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_