



YUKON CHILDREN'S DENTAL PROGRAM
CONSENT FOR EXAMINATION AND PREVENTION SERVICES

ENROLMENT FOR 2024-2025 SCHOOL YEAR

Child's information			
Name of child			Date of birth YYYY/MM/DD
Gender: <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Non-binary <input type="checkbox"/> Other: _____			
Address			Postal code
Parent/Guardian name	Cell phone	Work phone	Home phone
Parent/Guardian name	Cell phone	Work phone	Home phone
Email(s)			

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? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		

Medical history
Is your child currently under a doctor's care for an illness or medical condition? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No If yes, list reason(s): _____
Is your child currently taking any medications? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No If yes, list medications your child is currently taking: _____
Has your child ever been hospitalized? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No If yes, list date(s) and reason(s): _____
Does your child smoke or use tobacco related products? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Is your child pregnant? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Has your doctor advised you that your child requires antibiotics before surgery or dental treatment? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No

Indicate if your child has/had:
<input type="checkbox"/> a reaction to dental treatment <input type="checkbox"/> a communicable disease (e.g. tuberculosis, sexual transmitted infection, HIV infection) <input type="checkbox"/> allergies (e.g. food, medicine, latex, bees, milk, silver) <input type="checkbox"/> rheumatic fever <input type="checkbox"/> thyroid disease <input type="checkbox"/> epilepsy <input type="checkbox"/> heart murmur <input type="checkbox"/> high blood pressure <input type="checkbox"/> diabetes <input type="checkbox"/> abnormal bleeding <input type="checkbox"/> asthma <input type="checkbox"/> heart disease <input type="checkbox"/> cancer (e.g. leukemia) <input type="checkbox"/> liver disease (e.g. hepatitis, jaundice) <input type="checkbox"/> kidney disease
If you answered yes or indicated your child has had any of the conditions listed above, or if your child has (or is being investigated for) a condition or disease not listed above, explain:

To provide a positive dental experience, advise if there are any reasons your child may have difficulties with dental services (disabilities – diagnosed or undiagnosed – or any behavioral struggles). We may contact you or your child's teacher for further information on how we can best provide service to your child:

Are your child's teeth brushed at least 2 times a day? Yes No ... and flossed daily? Yes No

<input type="checkbox"/> NO, I DO NOT CONSENT to my child being enrolled in the Yukon Children's Dental Program. We will take our child to our family dentist or use our private insurance or other coverage. <input type="checkbox"/> YES, I DO CONSENT for my child to be enrolled and getting services through YCDP program staff. 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: <input type="checkbox"/> x-rays <input type="checkbox"/> cleaning of teeth <input type="checkbox"/> sealants <input type="checkbox"/> fluoride Provide any additional notes for the dental program regarding your child's treatment: _____ _____ <p align="right"><i>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.</i></p> <p align="right">_____ DATE</p>

SIGNATURE OF PARENT/LEGAL GUARDIAN

You may obtain a written statement of Health and Social Services information practices at www.yukon.ca/healthprivacy or by contacting the department's Privacy Officer at healthprivacy@yukon.ca.

If you have any questions or concerns, call the Yukon Children's Dental Program at 867-667-8360 (1-800-661-0408 extension 8360 toll-free in Yukon) or email dentalhealth@yukon.ca.

YG(4819HSS) Rev.06/2024 **Return this consent form to the school.**

*Français au verso



PROGRAMME YUKONNAIS DE SOINS DENTAIRES POUR ENFANTS
CONSENTEMENT À L'EXAMEN ET AUX SERVICES DE PRÉVENTION
INSCRIPTION POUR L'ANNÉE SCOLAIRE 2024-2025

Renseignements sur l'enfant			
Nom de l'enfant:		Date de naissance: AAAA - MM - JJ	
Genre : <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Non binaire <input type="checkbox"/> Autre : _____			
Adresse :			Code postal :
Nom du parent/tuteur	Cellulaire	Téléphone (travail)	Téléphone (domicile)
Nom du parent/tuteur	Cellulaire	Téléphone (travail)	Téléphone (domicile)
Courriel :			
Antécédents scolaires			
Quelle est la dernière école fréquentée par votre enfant?	Quelle école votre enfant fréquente-t-il cette année?	Année	
Votre enfant a-t-il déjà été inscrit au Programme yukonnais de soins dentaires pour enfants? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
Antécédents médicaux			
Votre enfant est-il suivi par un médecin pour le traitement d'une maladie ou d'un trouble médical? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, précisez : _____			
Votre enfant prend-il actuellement des médicaments? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, indiquez lesquels : _____			
Votre enfant a-t-il déjà été hospitalisé? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, indiquez les dates et les raisons de son hospitalisation : _____			
Votre enfant fume-t-il ou consomme-t-il des produits du tabac? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
Est-ce que votre enfant est enceinte? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
Indiquez si votre enfant souffre ou a déjà souffert.			
<input type="checkbox"/> de réactions à un traitement dentaire	<input type="checkbox"/> d'une maladie transmissible (ex. tuberculose, ITS, VIH)	<input type="checkbox"/> d'épilepsie	
<input type="checkbox"/> de fièvre rhumatismale	<input type="checkbox"/> d'hypertension	<input type="checkbox"/> de diabète	
<input type="checkbox"/> de souffle cardiaque	<input type="checkbox"/> d'asthme	<input type="checkbox"/> d'une maladie du cœur	
<input type="checkbox"/> de saignements anormaux	<input type="checkbox"/> d'allergies (ex. aliments, médicaments, latex, abeilles, produits laitiers, argent)	<input type="checkbox"/> d'une maladie du rein	
<input type="checkbox"/> d'un cancer (ex. leucémie)		<input type="checkbox"/> d'une maladie thyroïdienne	
<input type="checkbox"/> d'une maladie du foie (ex. hépatite, jaunisse)			
Si vous avez répondu oui ou avez indiqué que votre enfant souffre de l'un des troubles ci-dessus, ou si votre enfant souffre de troubles médicaux ou de maladies qui ne sont pas indiqués ci-dessus (ou s'il passe actuellement des tests médicaux à ce sujet), veuillez fournir des explications : _____			
Pour rendre la visite dentaire plus agréable, dites-nous si votre enfant éprouve des difficultés à recevoir des services dentaires (incapacités – confirmées ou non – ou difficultés comportementales). Nous pourrions vous contacter ou contacter l'enseignant de votre enfant à ce sujet afin de trouver la meilleure façon de lui fournir les services. _____			
Votre enfant se brosse-t-il les dents au moins deux fois par jour? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
Utilise-t-il la soie dentaire quotidiennement? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			

- JE REFUSE** que mon enfant soit inscrit au Programme yukonnais de soins dentaires pour enfants. Nous consulterons notre dentiste ou utiliserons notre assurance privée ou une autre protection.
- JE CONSENS** à ce que mon enfant soit inscrit au Programme yukonnais de soins dentaires pour enfants et obtienne des services par l'entremise du personnel du Programme. Les services ci-dessus peuvent faire partie de l'examen.

INDIQUEZ CEUX QUE VOUS DÉSIREZ QUE VOTRE ENFANT REÇOIVE :

- radiographies nettoyage des dents scellant dentaire traitement au fluorure

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.

SIGNATURE DU PARENT/TUTEUR LÉGAL

DATE

AAAA - MM - JJ

Pour consulter les pratiques de Santé et Affaires sociales en matière de renseignements, visitez le <https://yukon.ca/fr/protection-renseignements-medicaux> ou envoyez un courriel à l'agent de la protection de la vie privée, à healthprivacy@yukon.ca.

Pour de plus amples renseignements, veuillez contacter le personnel du Programme yukonnais de soins dentaires pour enfants, au 867-667-8360 (sans frais au 1-800-661-0408, poste 8360), ou à dentalhealth@yukon.ca.

Veillez retourner ce formulaire à l'école.

*English on reverse